



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR

La terapia familiar sistémica-relacional para el tratamiento de los problemas entre padres e hijos

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE : MAESTRA EN PSICOLOGÍA P R E S E N T A :

Elizabeth Aldrete Rivera

- Directora del reporte:** Dra. Blanca E. Barcelata Eguiarte
Facultad de Psicología
- Revisora del reporte:** Mtra. Nora C. Rentería Cobos
Facultad de Psicología
- Miembros del comité:** Dra. Dolores Mercado Corona
Facultad de Psicología
Dra. Luz María del Rosario Rocha Jiménez
Facultad de Psicología
Dra. Patricia E. Campos Coy
Instituto Nacional de Psiquiatría

México, CD. MX.

2016



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

QUIERO AGRADECER A LAS INSTITUCIONES QUE HICIERON POSIBLE QUE CONCLUYERA CON ÉXITO MI FORMACIÓN: AL CONCEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO, A LA FACULTAD DE PSICOLOGÍA.

TAMBIÉN QUIERO AGRADECER A LA DIRECCIÓN GENERAL DE ASUNTOS DEL PERSONAL ACADÉMICO POR EL FINANCIAMIENTO A TRAVÉS DE LA BECA PARA OBTENER EL GRADO, EN EL PROYECTO PAPIIT 303714-3 “ADAPTACIÓN Y RESILIENCIA EN CONTEXTOS MÚLTIPLES: BASES PARA LA INTERVENCIÓN EN LA ADOLESCENCIA”.

A MI TUTORA LA DRA. BLANCA E. BARCELATA EGUIARTE, A MI REVISORA LA MTRA. NORA C. RENTERÍA COBOS Y A LAS INTEGRANTES DEL COMITÉ, LA DRA. DOLORES MERCADO CORONA, LA DRA. LUZ MARÍA DEL ROSARIO ROCHA JIMÉNEZ Y LA DRA. PATRICIA E. CAMPOS COY, MUCHAS GRACIAS.

TAMBIÉN QUIERO AGRADECER A TODOS LOS PROFESORES DE LA MAESTRÍA, SUS ENSEÑANZAS Y GUÍA HAN TENIDO UN IMPACTO GIGANTE EN MI PRÁCTICA PROFESIONAL Y EN MI PERSONA, A TODOS ELLOS, GRACIAS.

A MIS COMPAÑEROS Y AMIGOS ENTRAÑABLES DE GENERACIÓN, FUERON EL MEJOR EQUIPO QUE PUDE HABER TENIDO, MUCHO DEL TRABAJO QUE AQUÍ SE PRESENTA ES PARTE DEL SUYO, QUEDO EN DEUDA CON USTEDES.

A MI FAMILIA, QUE A LO LARGO DE ESTOS DOS AÑOS ESTUVO Y HA ESTADO ACOMPAÑÁNDOME EN CADA PASO, NO LO HABRÍA LOGRADO SIN USTEDES.

A MIS AMIGOS, TODOS AQUELLOS QUE DE MANERA DIRECTA O INDIRECTA ME APOYARON, SU TRABAJO TAMBIÉN SE ENCUENTRA AQUÍ. SIEMPRE GRACIAS.

Y SOBRE TODO, A LOS PARTICIPANTES Y CONSULTANTES, SIN ELLOS ESTE PROYECTO NO HABRÍA SIDO POSIBLE. TRABAJAMOS, APRENDIMOS Y CRECIMOS JUNTOS.

GRACIAS, UN SUEÑO SE HA CUMPLIDO.

ELIZABETH ALDRETE RIVERA

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| RESUMEN | 5 |
| ABSTRACT | 6 |
| INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN | 7 |
| CAPÍTULO I | |
| EL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA TERAPIA FAMILIAR | 10 |
| 1. ANÁLISIS DEL CAMPO PSICOSOCIAL Y PROBLEMÁTICA EN LA QUE INCIDE LA TERAPIA FAMILIAR | 10 |
| 1.1. CARACTERÍSTICAS DEL CAMPO PSICOSOCIAL | 10 |
| 1.2. PRINCIPALES PROBLEMAS QUE ENFRENTAN LAS FAMILIAS EN MÉXICO Y EN EL MUNDO | 26 |
| 1.3. LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA COMO ALTERNATIVA PARA ABORDAR LA PROBLEMÁTICA FAMILIAR | 28 |
| 2. CARACTERÍSTICAS DE LAS SEDES CLÍNICAS DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO CLÍNICO | 32 |
| 2.1. CENTRO DE SERVICIOS PSICOLÓGICOS “DR. GUILLERMO DÁVILA” | 32 |
| 2.2. CENTRO COMUNITARIO “DR. JULIÁN MCGREGOR Y SÁNCHEZ NAVARRO” | 33 |
| CAPÍTULO II | |
| MARCO TEÓRICO | 36 |
| 1. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPIOS TEÓRICOS METODOLÓGICOS DE LOS MODELOS DE INTERVENCIÓN EN LA TERAPIA SISTÉMICA Y POSMODERNA QUE SUSTENTAN LOS CASOS PRESENTADOS | 36 |
| 1.1. MODELO ESTRATÉGICO | 36 |
| 1.2. MODELO DE MILÁN | 46 |
| 1.3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS TEMAS QUE SUSTENTAN LOS CASOS PRESENTADOS | 56 |
| 1.3.1. HIJOS Y PADRES EN CONFLICTO | 57 |
| 1.3.2. TRAUMA SEXUAL Y FUNCIONAMIENTO LÍMITE | 62 |
| CAPÍTULO III | |
| DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES | 65 |
| 1. HABILIDADES CLÍNICAS Y TERAPÉUTICAS | 66 |
| 1.1. CASOS ATENDIDOS | 66 |
| 1.2. CASO A. FAMILIA M. A. | 69 |
| 1.3. CASO B. FAMILIA H. J. | 101 |
| 2. HABILIDADES DE INVESTIGACIÓN | 135 |
| 1.4. REPORTES DE INVESTIGACIÓN | 135 |
| 1.4.1. METODOLOGÍA CUANTITATIVA | 135 |
| 1.4.1.1. LA DISFUNCIÓN FAMILIAR COMO PREDICTOR DE RELACIONES CODEPENDIENTES EN | |

RESUMEN

Los datos estadísticos advierten sobre los nuevos escenarios en la configuración de las familias en México y denotan la necesidad de fortalecer las políticas y programas para hacer frente tales nuevas realidades. De su análisis se desprende la relevancia de la formulación de una política integral que considere las transformaciones que experimenta la familia en: la vida doméstica, las relaciones familiares, los roles masculino, femenino e intergeneracionales, la organización del espacio hogareño y del tiempo familiar. Las familias necesitan apoyo para desempeñar sus funciones vitales y para atender las demandas generadas por los cambios económicos, sociales y culturales; se requiere entonces un enfoque transdisciplinario en el estudio de la familia posmoderna, ya que la narrativa de la familia se construye hoy alrededor de intensas metamorfosis y múltiples significados (legales, culturales, económicos, demográficos y psicológicos). Dentro de esta perspectiva transdisciplinaria se encuentra el quehacer de la Psicología, de la Terapia y en particular de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna; se vuelve urgente la participación la terapeuta familiar en problemáticas complejas y multifactoriales para la prevención en algunos casos, e intervención, en otros. El objetivo de este reporte es presentar el trabajo realizado durante la formación como terapeuta familiar, cuyo alcance se encuentra delimitado por las continuas transformaciones socioeconómicas-culturales y representa una alternativa para dar respuesta a los problemas clínicos que aquejan a la población mexicana. Así como también, es a partir del análisis del campo psicosocial y las características de los modelos de intervención que sustentan los casos aquí presentados que se realiza su descripción detallada. Con la intención de consolidar las competencias y habilidades que caracterizan a la terapeuta familiar se incluyen las investigaciones realizadas, la asistencia a congresos y eventos académicos, así como las consideraciones éticas que emergen de la práctica clínica derivada de una sólida formación teórica, práctica, metodológica y ética, que sustentan su capacidad para realizar intervenciones fundamentadas en la investigación, susceptibles de evaluación y que están en concordancia con las regulaciones nacionales e internacionales de la práctica clínica en psicología.

Palabras clave: familia, intervención, psicología, terapeuta.

ABSTRACT

Statistical data set precedents on the new configuration scenarios of the Mexican families shading light on the need of strengthening the policies and programs to face those new realities. The relevance of a comprehensive policy that takes into account the transformations experienced by the family in the home living conditions, the family relationships, the masculine, feminine and intergenerational role, as well as in the home space administration and time shared can also be derived from the data analysis. The families need support to effectively perform their vital roles and to address the demands of the economical, social and cultural changes; when studying the postmodern family a transdisciplinary approach is required due to the fact that the family's narrative is nowadays constructed on strong metamorphosis and multiple -legal, cultural, economical, demographic and psychological- meanings. It is within this transdisciplinary perspective where psychology, Therapy and most importantly the Systemic and Post-modern Family Therapy enhances their practice; the family therapist collaboration in taking of precautionary measures in some cases, or the intervention, in some others, is urgent. To this effect, the purpose of this report is to present the job done during a family therapist professional education, whose scope is limited by the continued socio-economic-cultural transformations and represents an alternative to address clinical problems besetting the Mexican population. Just as well, based on the analysis of the psychosocial field and the characteristics of the intervention models that support the cases presented here that their detailed description is made. With the intention to strengthen the competencies and skills that characterize the family therapist, the research conducted, attendance at conferences and academic events are included, as well as ethical considerations emerging from the clinical practice derived from a solid theoretical, practical, methodological training and ethics which underpin their ability to perform research-based interventions, are assessable and in accordance with national and international regulations of the clinical practice in psychology.

Key words: family, intervention, psychology, therapist.

INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Si hablamos de familias en el siglo XIX entonces estamos hablando de diversidad, pluralidad, variedad de arreglos cohabitacionales y de convivencia. Nos enfrentamos con cambios sociales, económicos, políticos y culturales que han influido en las necesidades, expectativas, funciones y deseos de los individuos, así como en los roles de género, en las relaciones de poder y autoridad. Si hablamos de familias, también hablamos de afectos y deberes, de obligaciones y deseos, de solidaridad y violencia, de derechos y valores. Asimismo, implica hablar de conflictos en el interior y en el exterior de ellas, en la sociedad a la que pertenecen, en el imaginario social y en el espacio sociocultural que se caracteriza por luchas políticas, ideológicas y culturales. Si hablamos de familias hablamos entonces de multiplicidad (Lerner y Melgar, 2010).

¿Familia o familia”s”?

La distinción básica entre “familia” y “familias” denota la existencia de muchos y variados tipos de familia, con distintos arreglos familiares, indicando diversidad y expresando la realidad de cualquier sociedad.

Los cambios en la composición y dinámica de la estructura familiar en México y América Latina son resultado de cambios demográficos, sociales, económicos, culturales y legislativos. Entre éstos destacan: el descenso de la fecundidad, la creciente inserción de las mujeres en el mercado laboral, el incremento de oportunidades educativas y en consecuencia el mayor nivel de instrucción de las generaciones jóvenes, el retraso en la edad para contraer nupcias, el aumento de la disolución matrimonial, la baja constante en el ingreso familiar, la migración del campo a la ciudad y la consiguiente expansión de las principales ciudades de la República (Eguiluz, 2007).

Estos cambios han tenido lugar en situaciones de desigualdad, pobreza, discriminación, violencia y maltrato familiar, en un contexto sociohistórico de precarios sistemas de protección social, violación de los derechos humanos, insuficientes oportunidades de trabajo, reducción del papel del estado y crisis económicas. Esto ha tenido un efecto en los arreglos familiares ya que sus miembros, sobre todos aquellos que viven en situaciones precarias y son vulnerables, buscan la forma de enfrentar las adversidades, modificando sus relaciones y las cargas de trabajo al interior de las familias. De

importancia es la transformación que la familia ha experimentado en las últimas décadas y que ha repercutido en las diferentes esferas de la vida familiar (Lerner y Melgar, 2010).

Grandesso (2007) menciona que son muchas las configuraciones familiares con las que convivimos originadas por la diversidad cultural, la reestructuración económica, la gran y creciente distancia entre los estratos de ricos y pobres en la población, el envejecimiento de la población, el control de y declive de la natalidad, los movimientos sociales por la igualdad de derechos; las oportunidades y búsqueda de justicia social para las mujeres, minorías étnicas, gays y lesbianas, el cuestionamiento de todas las formas de autoritarismo, el advenimiento de nuevas tecnologías, tales como las utilizadas en la reproducción asistida, la influencia de los medios, principalmente la televisión y la valoración del poder joven, entre otros factores.

Los datos sociodemográficos informan que no existe un solo tipo de familia, por lo menos existen 16; esta variedad se sigue adecuando a los contextos que cambian constantemente. El término pluralidad no sólo alude a la variedad de arreglos familiares, también habla del sustento, el vestido y el cuidado como los afectos, la necesidad como la voluntad, los valores y los sentimientos. La familia entonces puede ser un ámbito de amor y solidaridad o de conflicto y violencia (Lerner y Melgar, 2010).

Es entonces que el término familia deber ser remplazado por familias ya que reconoce la existencia de muchas y variados tipos de familia, de distintos arreglos familiares que implican diversidad y expresa la realidad de cualquier sociedad.

La comprensión de la situación de las familias y buscar soluciones más integrales que se sustenten en el reconocimiento de la pluralidad y diversidad de las experiencias familiares e individuales como factores de complejidad y de riqueza social abren la puerta a la creación de intervenciones novedosas que encuadran el quehacer de la terapia familiar.

Por ello, este trabajo presenta los resultados de las actividades realizadas durante la formación como terapeuta familiar. La atención se centra en los conflictos entre padres e hijos, con énfasis en la adolescencia y consta de la descripción detallada de las características de la población mexicana, que enmarcan el quehacer del terapeuta sistémico y posmoderno, así como el análisis de dos casos atendidos como evidencia del trabajo clínico realizado. Con la intención de concentrar las competencias y habilidades que caracterizan a la terapeuta familiar se incluyen las investigaciones realizadas, la

asistencia a congresos y eventos académicos, así como las consideraciones éticas que emergen de la práctica clínica derivada de una sólida formación teórica, práctica, metodológica y ética, que sustentan su capacidad para realizar intervenciones fundamentadas en la investigación, susceptibles de evaluación y que están en concordancia con las regulaciones nacionales e internacionales de la práctica clínica en psicología.

CAPÍTULO I

EL CAMPO PSICOSOCIAL Y LA PROBLEMÁTICA EN LA TERAPIA FAMILIAR

1. Análisis del campo psicosocial y problemática en la que incide la terapia familiar

1.1. Características del campo psicosocial

Las características de las familias mexicanas, tan diferentes entre sí, se encuadran dentro de condiciones económicas, sociales y culturales que definen a la población mexicana. Es por eso que a continuación se realiza un breve esbozo sobre estas características y, posteriormente, una condensación de los datos observados como conclusión de los problemas más significativos a los que están expuestos los ciudadanos y ciudadanas. Para finalizar, se hablará de la terapia familiar sistémica y posmoderna en México y las características de los Centros donde se realizó la práctica clínica durante la formación.

Panorama breve de la población mexicana

Los datos provienen del Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (2015) del Consejo Nacional de Población (2009), de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica (2014), de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (2015), del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015, 2016) y de Souza y Cruz (2010).

Aspectos sociodemográficos

- Distribución por edades

En México residen 119.9 millones de personas de las cuales 51.3% son mujeres y 48.7% son hombres. El proceso de envejecimiento por el que atraviesa el país se observa en la proporción de personas con menos de 15 años del año 2010 al 2015 (de 28.9% a 27.5%) en tanto que la de jóvenes (15 a 29 años) disminuye de 26.4% a 24.9%. Se observa un aumento en el porcentaje de la población entre 30 y 59 años (de 34.4% a 36.6%) y la de 60 años y más (de 9.1% a 10.9%). El 50% de la población de México tiene 27 años de

edad o menos. La esperanza de vida al nacer es de 77.5 años para las mujeres y 72.7 años para los hombres.

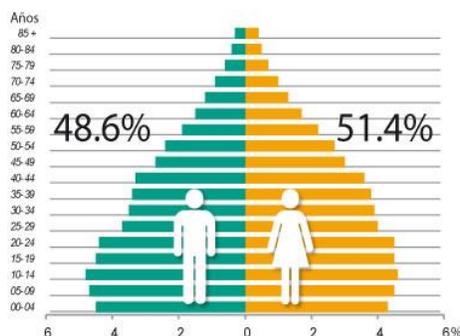


Imagen 1. Pirámide poblacional

Fuente: INEGI. Encuesta Intercensal 2015.

En las últimas décadas, el número de adultos mayores se duplicó, pasando de 5 a 11.7 millones de 1990 a 2014. De las personas de 60 años y más, el 31.5% está en una etapa de prevejez (60-64 años), 41.1% se encuentra en una vejez funcional (65-74 años), 12.3% se ubica en una vejez plena (75-79 años) y 15.1% atraviesa por la vejez avanzada (80 años y más). En la población de 60 a 64 años se observan 112 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 130 en los que tienen 80 años y más.

Además, la tasa global de fecundidad en las mujeres ha disminuido de 7 hijos por mujer a 2.21. Ésta tasa es mayor para el grupo de mujeres de 20 a 24 años (de 2011 a 2013). Se presentan 77 nacimientos por cada mil adolescentes de 17 a 19 años. Debido a que el nivel de escolaridad es un factor de que influye en el comportamiento reproductivo, se observa que la tasa global de fecundidad de las mujeres sin escolaridad es de 3.3 hijos por mujer, mientras que cuentan con estudios a nivel medio superior y superior es de 1.79 hijos por mujer. Por entidad federativa, destaca Chipas con una tasa global de tres hijos por mujer mientras que en la Ciudad de México fue de 1.47 hijos.

Del incremento de la esperanza de vida y de la disminución de la fecundidad, se derivan como consecuencias importantes para la relación entre las familias y el envejecimiento la prolongación del tiempo en que se desempeñan ciertos roles (hijos, abuelos, madre, padre, entre otros) y el que se dedica a actividades personales, profesionales y de ocio junto con el retraso de la edad de inicio de la viudez. Además, la disminución de la fecundidad reduce el número de miembros de la familia que serían potenciales

proveedores para los adultos en la edad avanzada, generando el decrecimiento de los hogares jóvenes y el incremento de los hogares con y de personas mayores. Además, al alcanzar edades más avanzadas en la población, aumenta la demanda de diversos tipos de cuidados, en particular de aquellos relacionados con las incapacidades generadoras de dependencia. Esto genera nuevos desafíos a las políticas familiares y de vejez indicando la urgencia de considerar que el tema es relevante para el quehacer público y privado, sobre todo en relación a la capacidad de la familia de brindar apoyo y cuidado a las personas de edad avanzada y la voluntad del gobierno de cumplir con las disposiciones internacionales sobre la materia (Huenchuán y Saad, 2010).

- Nivel de Escolaridad

De la población total el 63% de los niños y niñas con edad entre los 3 y 5 años, el 96.2% de los que tiene entre 6 y 15 años, el 73% de los y las adolescentes de 15 a 17 años y el 31.5% de los jóvenes de 18 a 24 años asiste a la escuela y se encuentran estudiando en el sistema educativo nacional.

El promedio de escolaridad de la población de 15 años y más de edad es de 9.1 años, esto equivale a contar con la secundaria terminada. Para el año 2010, el grado promedio de escolaridad a nivel nacional era de 8.6, equivalente a segundo año de secundaria, para 2015 este indicador se ubicó en 9.1. En ese mismo año el grado promedio de escolaridad de los hombres (9.3) fue un poco más alto que el de las mujeres (9.0). El analfabetismo entre las personas de 15 años y más asciende a 5.5%.

Entre las entidades federativas con el menor grado promedio de escolaridad se encuentran Chiapas (7.2), Oaxaca (7.5) y Guerrero (7.7). Las entidades con mayor grado promedio de escolaridad son la Ciudad de México (11.1), Nuevo León (10.2) y Sonora (10.0).

Se sabe que pertenecer a un municipio con alta participación indígena reduce los años totales de escolaridad con un impacto negativo pequeño pero mayor para las niñas en el modelo total de población y en el de población rural. Esto se debe a que el acceso a la secundaria en todos los municipios del país se debe a la expansión de las telesecundarias, sin embargo, sólo el 56% de los municipios metropolitanos cuentan con preparatorias, siendo los municipios de las áreas rurales los que no cuentan con oferta media superior.

Es importante mencionar que la educación materna es uno de los principales determinantes de la escolaridad de los hijos, siendo más importante para las hijas que para los hijos y que el impacto negativo de los hogares grandes se observa solamente cuando son nucleares. Esto sugiere que la presencia de otros familiares en el hogar puede de alguna manera liberar a las hijas del trabajo doméstico. Por otro lado, la pertenencia a un hogar con jefatura femenina ejerce un impacto positivo sobre la escolaridad, pero es menor para las niñas que para los niños. Nuevamente, se hace primordial la implementación de políticas de fomento educativo que presten atención a aquella población vulnerable y generen las condiciones de infraestructura necesaria, permitirá que los miembros de la familia no tengan que incorporarse a edades tempranas al mercado laboral, coartando así su desarrollo educativo y favoreciendo una mejor calidad de vida (Pederzini, 2007).

- Situación civil

En el año 2014, en el país el 42.3% de la población de 15 años y más estaba casada, 16.4% vivía en unión libre y seis de cada diez en ese mismo grupo de edad se encuentran unidas (58%). El 29% de la población es soltera, siendo el 12.3% separada, divorciada o viuda. Las diferencias entre sexos no son significativas, sin embargo, la proporción de hombres solteros (32.4%), casados (43.8%) y en unión libre (16.6%) fueron ligeramente mayores al de las mujeres. Entre ellas prevalecen las mujeres separadas, divorciadas o viudas (16.9%) y una de cada seis se encuentra en situación conyugal, dos veces mayor respecto al de los hombres (7.2%).

La situación conyugal está relacionada directamente con la edad: la mayoría de los hombres entre 15 y 29 años son solteros (70.7% y solo 27.4% se encuentran casados o en unión libre. Entre los 30 y 59 años de edad la proporción de solteros disminuye y predomina la casada o unida. De 60 años y más la proporción es de 79.9% y 76.4%; respectivamente. Las mujeres se unen a más temprana edad, siendo la proporción de mujeres de 15 a 29 años menor para aquellas que se mantienen solteras (56.2%).

Se advierte un aumento en la población que vive en unión libre y por lo tanto una disminución en la población casada.

En el mismo año se registraron 577 713 matrimonios, 1687 del mismo sexo y la diferente de distinto sexo. En 66.3% de los matrimonios el hombre tiene una edad mayor respecto a

su cónyuge, en 11.4% ambos tiene la misma edad y en 21.7% el hombre es menor que su pareja.

En 18% de los matrimonios el hombre tiene mayor escolaridad, en 50.7% tiene la misma y en 19.7% es menor. Al momento de casarse 50.6% de los hombres trabajan sin que su cónyuge lo hiciera, en 42.4% ambos trabajan, en 0.8% solo ella trabaja y en 2.6% ninguno lo hace.

En el año 2013 se registraron 108 727 divorcios, es decir, de cada 10 enlaces matrimoniales, 18.7 se divorciaron. Esto muestra la tendencia creciente de los últimos años, a partir de este año se observa un incremento paulatino como resultado de un efecto doble: incremento en los divorcios y disminución en los matrimonios. Entre 2000 y 2013 el monto de divorcios aumentó 107.6% y el de matrimonios se redujo 17.7%. En promedio, la duración social del matrimonio es de 13.5 años.

Es importante mantener una perspectiva amplia y abierta a la búsqueda de explicaciones individuales, pero sobre todo macrosociales, que ayudarán a entender que en México nunca ha existido un tipo único de familia, sino un sistema social de familias que está definido por la interacción de múltiples factores sociales en los cuales las decisiones de las personas resultan en gran parte del contexto social y cultural. Es por esto, que habría que referir las explicaciones acerca de la diversidad en la formación y en la disolución conyugal en el país a las interacciones de la familia, como institución social, y otras instancias de la estructura social mexicana en las cuales le corresponde a la cultura un lugar importante, aunque poco explorado, en el estudio de la diversidad de las familias en México (Ojeda, 2010).

- Tipo de familia

Los cambios en la estructura demográfica del país han traído como resultado un mayor número de personas en edades productivas y reproductivas, incrementando en los últimos 25 años el número de hogares, pasando de 16.2 millones para el año 1990 a 32.3 millones para el 2014.

A pesar de los cambios constantes que tienen un efecto directo en la estructura y dinámica familiar, la forma de organización predominante en la población es la convivencia en hogares de tipo familiar; el 96.8% de la población del país pertenece a un

hogar familiar. En relación a los hogares no familiares, 91.8% son unipersonales mientras que 8.2% son hogares de corresidentes.

Predomina la mayor proporción de la jefatura masculina en los hogares (73.6%). La proporción de hogares encabezados por una mujer ha incrementado de 17.3% para el año 1990 a 26.4% en el 2014. Esto se puede explicar por la viudez como resultado de una mayor sobrevivencia y una esperanza de vida más alta para las mujeres, el aumento en el número de separaciones y divorcios, el incremento total de madres solteras y los contingentes migratorios mayoritariamente masculinos.

En las familias mexicanas residen en promedio 4 personas con variaciones de acuerdo al tipo de hogar y ámbito. El 98% están integradas por una sola familia y en el resto cohabitan más de una y el promedio de integrantes es superior al doble de los que se observan en hogares unifamiliares.

Del total de hogares familiares en nuestro país, sobresalen aquellos conformados por la/el jefa/e, su cónyuge y los hijos (62.8%) a continuación, se encuentran los hogares constituidos por uno de los padres y sus hijos (20.1%), de los cuales 85.7% se tratan de madres con hijos y el 14.3 de padre con hijos. Otros hogares corresponden a las parejas sin hijos (13.9%) Finalmente los hogares de jefa/e sin núcleo familiar representan tres de cada cien.

Dentro de los hogares nucleares la mayoría son la/el jefa/e y cónyuge con hijos (67.0%), mientras que el 17.0% se componen de la/el jefa/e con hijos sin cónyuge presente y el 16.0% la/el jefa/e y cónyuge sin hijos. En los hogares extensos, 49.8% están compuestos por jefa/e y cónyuge con hijos; 29.7% por la/el jefa/e con hijos; 13.3% corresponde a hogares con jefe/a sin hijos.

Es así que se observa la emergencia de nuevas dinámicas, que responden a las transformaciones en los valores y necesidades, de acuerdo a las especificidades contextuales y culturales. Nuevas modalidades de relaciones entre padres e hijos, entre hombres y mujeres, entre jóvenes y viejos, conducen a otros modelos familiares y deja de lado el modelo hegemónico de familiar nuclear. Los cambios en la familia se advierten a nivel estructural y funcional, así como en su diversidad y heterogeneidad (Fernández, 2013).

Datos socioeconómicos

Durante el tercer trimestre de 2015, del total de hogares con jefatura masculina, 85.0% tienen un jefe económicamente activo y solo 15.0% de los fejes no realizó alguna actividad económica ni buscó trabajo. La tasa de participación de las jefas en la actividad económica es de 53.4%. Entre las características de la ocupación de las jefas se ocupan principalmente en servicios (56.2%), en el comercio (25.2%). Para el 63.5% el empleo no les da acceso a atención médica.

Por otro lado, en el segundo trimestre del año, la población de 15 años y más que produce bienes y servicios en el país fue de 53.5 millones (59.6%). El aumento en comparación al año anterior (59.7%) se debe al crecimiento demográfico, así como a la expectativa que tiene la población de poder contribuir o no a la actividad económica.

En estas edades, 78 de cada 100 hombres son económicamente activos y 43 mujeres de cada 100 también lo son.

En la misma línea, la tasa de participación económica de la población de 60 años y más es de 33.7%, mayor en los hombres (50.7%) que en las mujeres (19.4%) y ésta disminuye conforme avanza la edad. Una de cada tres personas en este grupo (35.5%) es subordinada y remunerada, en condiciones laborales desfavorables, ya que no reciben prestaciones (49.2%).

Sólo una cuarta parte de los adultos mayores están pensionados (26.1%), casi dos veces mayor en los varones (35%) que en las mujeres (18.5%). El 77.8% de las pensiones provienen del IMMS, 14.7% las otorga el ISSSTE y 7.5% otras instituciones.

Más de la mitad de la población ocupada (50.3%) se encuentra en las ciudades grandes del país, seguidas por las localidades rurales (20.8%). El 12.9% de ésta población labora en el sector primario, 25.3% en el secundario o industrial y 61.3% en el terciario o de servicios. Poco más de dos terceras partes del total (68.5%) son trabajadores subordinados y remunerados, 22.2% trabajan por su cuenta, 4.9% son trabajadores que no reciben remuneración y 4.4% son propietarios de los bienes de producción. La población ocupada trabajó en promedio jornadas de 43 horas por semana.

En relación al tamaño de unidad económica en la que labora la población, 48% estaba ocupada en micronegocios, 18.1% en establecimientos pequeños, 5.2% en medianos, 10.6% en establecimientos grandes y 11.2% en otro tipo de unidades.

La población subocupada, entendida como la que tiene la necesidad de trabajar más tiempo, representó 7.9% de las personas ocupadas. Por otro lado, la población desocupada, aquella con trabajo cero que se ubica entre la población ocupada y la no económicamente activa, con una tasa de desocupación correspondiente a 3.9%.

La población no económicamente activa, aquellos que no participan en la actividad económica ni como ocupados ni como desocupados, equivale al 40.4% del total de la población de 15 años y más.

En el año 2014 el poder de compra de las familias promedio se redujo en un 3.5%, esto tuvo un efecto negativo para la pobreza; la población en pobreza aumentó de 53.3 a 55.3 millones de personas. Uno de los factores más importantes que dan noción de las mediciones de pobreza y pobreza extrema son las carencias sociales en las que se observa el rezago educativo (de 19.2% a 18.7%), la carencia por acceso a los servicios de salud (de 21.5% a 18.2%), la carencia por acceso a la seguridad social (de 61.2% a 58.5%), la carencia por calidad y espacios de la vivienda (de 13.6% a 12.3%), la carencia por acceso a los servicios básicos en la vivienda se mantuvo sin cambio (21.2%) y la carencia por acceso a la alimentación (de 23.3% a 23.4%). Además, el porcentaje de población con ingresos inferiores a la línea de bienestar mínimo pasó de 20.0% a 20.6% que equivale a 24.6 millones de personas.

El aumento en los niveles educativos y la creciente incorporación de la mujer al mercado laboral, ha generado el tránsito del modelo de hombre proveedor al de familias con doble ingreso. La mujer ha dejado de ser exclusivamente ama de casa para introducirse al mercado laboral y constituirse en un nuevo aporte al ingreso familiar, sin embargo, el tiempo de trabajo global de las mujeres, remunerado y no remunerado, es mayor que el tiempo global de los hombres. Otra tendencia creciente es el aumento de las familias con jefatura femenina relacionada con el aumento de la soltería, de las separaciones y divorcios, de las migraciones y de la esperanza de vida y la reducción del tamaño promedio de las familias y hogares asociada a fenómenos interrelacionados como la caída de la tasa de fecundidad, la reducción del nivel socioeconómico y el aumento de la participación femenina en el mercado (Arriagada, 2010).

De estos datos se infiere que la proporción de personas que no trabaja es alta, poco menos de la mitad de la población de 15 años y más, esto se debe a pocas o deficientes oportunidades laborales, lo que genera la necesidad de buscar otro tipo de ingresos, llevando a los miembros de las familias a incorporarse tempranamente al mercado laboral, en muchos casos informal, coartando sus posibilidades de acumulación de capital humano a través de los estudios, lo que probablemente ayude a la reproducción de las condiciones de pobreza en las que transcurren sus primeros años de vida. Además en la medida en que no se modifique la distribución del trabajo entre hombres y mujeres y no se brinden condiciones iguales para ambos, estamos muy lejos de alcanzar la igualdad de los sexos y la autonomía de las mujeres (Mendoza, 2009).

Salud pública

En el país 43.4% de la población total carece de seguridad social, 65.8% de la población económicamente activa y 47.6% de los asalariados. Se observa una tendencia preferencia a utilizar los servicios privados, seguidos por los de la Secretaría de Salud para finalizar con las instituciones nacionales de seguridad social.

Para el año 2010 los incrementos globales se calcularon de casi 16.5 millones de personas hipertensas, 4.5 millones de diabéticos, cerca de 700 mil casos de infartos de miocardio y más de 13 millones de obesos.

En relación a la conducta adictiva, 3 millones de personas son adictos al alcohol, 13 millones son fumadores y 400 millones son adictos a los psicotrópicos. A esto se suman, 500 mil personas que sufren esquizofrenia, 1 millón padece epilepsia y 5 de cada mil niños sufren retraso mental.

De las 602 mil muertes registradas en el año 2012, 61.9% corresponden a personas de 60 años y más a causa de enfermedades crónicas-degenerativas como son la diabetes mellitus (16.9%), enfermedades isquémicas del corazón (16.5%), enfermedades cerebrovasculares (7%), enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores (5.9%), enfermedades del hígado (4.5%) y enfermedades hipertensivas (4.3%) que juntas concentran 55.1% de los fallecimientos ocurridos en ese grupo poblacional.

- Consumo de sustancias

En la Encuesta Nacional de Adicciones (2011) se encontró que el 1.8% de la población total ha consumido cualquier droga médica o ilegal y 0.7% presenta dependencia, de estas 18.4% han asistido a tratamiento, la edad de inicio del consumo de drogas entre población de 12 a 65 años es de 18.8 años (18.5 en hombres y 20.1 en mujeres), 1.2% consume marihuana y 0.5% cocaína, la prevalencia más elevada se observa en el Noroccidente (2.8% para los estados de Baja California, Baja California Sur, Sonora y Sinaloa) y más baja en la región sur (0.6% para los estados de Yucatán, Quintana Roo, Campeche, Chiapas y Tabasco. En la población de 18 a 65 años se encuentra la mayor prevalencia global de consumo. Los datos demuestran que es necesario reforzar las acciones que se llevan a cabo para reducir la demanda de drogas. A pesar de que el consumo general se ha estabilizado, es importante que se amplíe la política de prevención y tratamiento y dirigir más acciones hacia la población adulta joven.

En relación al consumo de tabaco se encontró que el 21.7% de la población son fumadores activos (31.4% son hombres y 12.6% son mujeres), la edad de inicio es de 20.4 años (en hombres 20 años y en mujeres 21.7 años), el consumo al día es de 6.5 cigarros para los fumadores en general, el 11.4% de los fumadores activos tienen niveles altos de adicción y 58.4% ha intentado dejar de fumar. El gasto promedio mensual es de \$311.5. Por otro lado, 30.2% de los nunca fumadores están expuestos al humo de tabaco ambiental. Se sabe que si bien se observa una disminución en la prevalencia de consumo entre 2002 y 2011, la epidemia de tabaquismo en México se encuentra entre los adolescentes, adultos jóvenes y mujeres. El cambio se evidenciará cuando los fumadores dejen de fumar y los adolescentes no inicien el consumo.

Es el alcohol el que tiene la prevalencia más alta de consumo en la población de 12 a 65 años (51.4%, 62.7% hombres y 40.8% mujeres). El consumo diario es poco frecuente, sin embargo el consumo alto si lo es (32.8%), donde la dependencia es del 6.2% (10.8% de los hombres y 1.8% de las mujeres). La bebida con la más alta prevalencia es la cerveza (41.1%) seguido de los destilados (23.6%) y las bebidas preparadas (4.4%).

Con todos estos datos se concluye que el consumo de alcohol es el principal problema de adicción en el país y afecta principalmente a los adolescentes. Aunque son los hombres los que consumen más, se observa un índice alto en las mujeres. Esto señala que el consumo de alcohol es un fenómeno reciente en las mujeres adolescentes que requiere

de medidas preventivas para retrasar la edad de inicio, promover el consumo responsable, así como educar y concientizar a las nuevas generaciones.

- Embarazo adolescente

Las mujeres adolescentes de entre 15 y 19 años representan el 19.1% de las mujeres en edad reproductiva, la edad media de la primera relación sexual de mujeres entre 15 a 49 años es de 18 años. La mayoría de las adolescentes tienen conocimientos sobre métodos anticonceptivos (97%), incluso en el medio rural, sin embargo, menos de la mitad de las mujeres entre 15 y 19 años que están unidas utilizan métodos anticonceptivos (44.7%) este porcentaje disminuye (4.5%) entre las adolescentes solteras. Únicamente el 38.2% ha utilizado algún método anticonceptivo en su primera relación sexual. En las localidades de menos de 15 mil habitantes, 13.5% de las adolescentes entre 15 y 19 años ha estado embarazada alguna vez, el porcentaje disminuye a 12.4% a las localidades mayores a 15 mil habitantes. De las adolescentes alguna vez embarazadas, 80.8% lo había estado una vez, 16.8% había tenido dos embarazos y 2.3% había estado embarazada tres veces. El porcentaje de embarazos de adolescentes que terminaron en aborto es de 12.2%. Se observa una relación directa entre la fecundidad de adolescentes y el nivel de escolaridad.

La maternidad temprana en el país responde a un contexto económico, social y cultural. La falta de conocimiento se asocia con un menor conocimiento y uso de métodos anticonceptivos, una menor planeación de la primera relación sexual y una edad más temprana en la iniciación sexual, lo que vuelve más vulnerables a los adolescentes al embarazo y a las enfermedades de transmisión sexual (Menkes y Suárez, 2003).

- Suicidio

En el año 2013 se registraron 5923 muertes por violencia autoinfligida de los cuales 4,470 eran hombres y 10077 mujeres, representan en total el 1.0% de defunciones registradas en ese año y el 8.5% de las defunciones accidentales y violentas. Este tipo de muerte ocurre principalmente entre jóvenes de 10 a 29 años (41.3%) y sobre todo entre las mujeres que en más de la mitad (54.8%) pertenecían a ese grupo de edad.

Las tasas más elevadas de suicidios entre las mujeres se observan en las entidades como Campeche, Aguascalientes, Quintana Roo, Baja California Sur, Tabasco, Querétaro y Yucatán. En el caso de suicidios de hombres, las tasas más elevadas se ubican en Quintana Roo, Sonora, Yucatán, Aguascalientes y Chihuahua.

La tasa de suicidios ha ido en aumento de manera sostenida año con año en los últimos 25 años. El principal medio o arma utilizada es el ahorcamiento, estrangulamiento y sofocación (8 hombres y 7 mujeres por cada 10 que logran suicidarse). En segundo lugar se ubica el arma de fuego (11% de hombres y 4.3% de mujeres).

El primer lugar donde ocurren los decesos es dentro de la vivienda particular que, junto con factores sociales, predispone la decisión de una persona para quitarse la vida. Factores de índole laboral y económica son los que prevalecen entre los jóvenes, y de seguridad social y pobreza entre adultos mayores. Más de la mitad de los suicidios son consumados por personas que padecen trastornos depresivos y cerca de uno de cada cuatro casos se asocia al alcoholismo. La esquizofrenia y la ansiedad también están asociadas al suicidio, junto con la violencia y el abuso infantil.

Debido a que se ha encontrado que los problemas familiares son considerados por los adolescentes como la principal causa del intento suicida, seguidos de la falta de apoyo, cuidado y ayuda en la familia y que los padres se ven orillados a cubrir primero las necesidades materiales y después, las necesidades afectivas y de convivencia de y con sus hijos, la búsqueda de ayuda profesional no sólo para el adolescente, sino también para la familia, se convierte en prioridad que desafortunadamente no se encuentra en la construcción cultural, pues la comunicación se encuentra en la solución ya que la conducta suicida no es causada por algún trastorno mental (Sánchez-Loyo, et al., 2014).

- Trastornos mentales

Del presupuesto total asignado para salud, solo el 2% es destinado a la salud mental. El 80% del monto se destina a la operación de los hospitales psiquiátricos. El eje de atención de la salud mental es el tercer nivel, evidenciado en los 76 hospitales psiquiátricos que existen frente a 13 unidades de internamiento en hospitales generales y 8 residenciales. El acceso a estos servicios se ve reducido ya que se ubican en las grandes metrópolis o cercanas a ellas. Aunque en el país cuenta con normas y leyes que abogan por la igualdad en el acceso a tratamientos, las barreras geográficas y culturales dificultan la atención a la población rural e indígena.

Existen 544 establecimientos de salud mental ambulatorios que atienden a 310 usuarios por cada 100,000 habitantes en contraste con los hospitales psiquiátricos que atienden 47 por cada 100,000. La mayoría de los pacientes son adultos mientras que la población de

niños y adolescentes asciende a 27% en unidades ambulatorias y 6% en hospitales psiquiátricos. La edad de inicio de la mayoría de los trastornos se encuentra en las primeras décadas de la vida, el 50% de los trastornos inician antes de los 21 años de edad. De la población adolescente, 24.7% se encuentra afectada por uno o más problemas de salud mental. Los trastornos más recurrentes son: problemas de aprendizaje, retraso mental, trastornos de ansiedad y por déficit de atención, depresión y uso de sustancias, así como intentos de suicidio.

Se ha calculado una prevalencia de trastornos mentales de 5-18% de la población en general. La depresión fue el trastorno más frecuente en hombres (4.9%) y mujeres (9.7%). En México que tiene una población mayor a 100 millones de personas, padecen trastornos mentales casi 15 millones, una sexta parte de sus habitantes. En la población urbana se observa que el 18% de las personas entre 18 y 64 años de edad sufre un trastorno del estado del ánimo.

Los trastornos depresivos y por ansiedad son los más comunes. La epilepsia es prevalente en 3.7% de la población entre 18 y 64 años de edad, 1.6% representa a niños de poblaciones urbanas y 2.1%-4.1% a poblaciones rurales.

Se observa que 8% de los trastornos mentales son de origen neuropsiquiátrico, 10% de los adultos mayores de 65 años sufren cuadros demenciales y 15% de la población de entre 3 y 12 años presenta algún tipo de trastorno mental o de conducta.

Más del 20% de la población de 60 años y más padece alguna enfermedad mental o neural, siendo los padecimientos neuropsiquiátricos las más frecuentes la demencia y la depresión.

Se sabe que la depresión es una de las principales causas de discapacidad y afecta a 350 millones de personas en el mundo. Se ha estimado que 8.4% de la población ha sufrido, de acuerdo a los criterios del DSM-IV, un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. La prevalencia puntual de depresión en el mundo de los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres. En los últimos años se ha reconocido a la depresión como un trastorno que también afecta a niños y adolescentes. Sólo el 29% de las personas que han padecido un episodio de depresión alguna vez en la vida, solicitan ayuda profesional (Berenzon, Asunción, Robles y Medina, 2013).

La relevancia de estos datos se debe a que padecer un trastorno mental tiene consecuencias en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del de la salud. Haber sufrido, por ejemplo, un episodio de depresión en edades tempranas favorece tener menos amistades en la vida adulta, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educativo, ocupacional y económico. Además, la discapacidad directa que es resultado del conjunto de síntomas que caracterizan a los padecimientos mentales, existe una importante estigmatización que lleva a la discriminación de los enfermos y sus familias, provocando sufrimiento adicional al que ya produce la enfermedad por sí misma. La necesidad de incluir a la familia en las campañas educativas para poder identificar cuándo es necesario buscar atención, se vuelve urgente (Belló, Puentes, Medina y Lozano, 2005; Benjet, Borges, Medina, Fleiz y Zambrano, 2004).

Psicosociales

- Violencia

Para el año 2011, 63 de cada 100 mujeres de 15 años y más declaró haber sido víctima de algún incidente de violencia, por parte de su pareja o de cualquier otra persona. De este grupo las que han tenido una relación de pareja, matrimonio o noviazgo, 47% han sido agredidas por su actual o última pareja a lo largo de la relación.

Las mujeres más expuestas a la violencia de cualquier agresor son aquellas que se encuentran entre los 30 y 39 años, 68% se ha enfrentado a un episodio de violencia o abuso. Son los estados de Chihuahua (80%) y el Estado de México (78%) los que registran mayores índices de violencia.

La violencia de pareja se presenta más entre las mujeres que se casaron y unieron antes de los 18 años (52.9%) que entre las que lo hicieron a los 25 años o más (43.4%). Entre las mujeres que han estado unidas o casadas dos o más veces el nivel de violencia es mayor (54.6%) que entre aquellas que solo han tenido una unión o matrimonio (48.7%).

De acuerdo al tipo de violencia, la de prevalencia más alta es la emocional (44.3%) principalmente por parte de la pareja o esposo (43.1%). Un poco más de un tercio de todas las mujeres (35.4%) ha sido víctima de violencia sexual, particularmente la ejercida por agresores distintos a la pareja y en sus distintas formas (intimidación, abuso sexual,

acoso sexual). El nivel de este tipo de violencia donde el agresor es la pareja es menor, siendo los actos de violencia sexual de mayor gravedad. La violencia física está limitada a las agresiones de la pareja.

Para el año 2013, la tasa de defunciones por homicidio de mujeres más alta se ubican en los estado de Guerrero, Chihuahua, Coahuila, Zacatecas, Morelos y Durango que van de 6 a 13 defunciones por cada 100 mujeres. Durante los años 2013 y 2014, se estima que en promedio fueron asesinadas siete mujeres diariamente en el país y son los estados de Guerrero, Chihuahua, Tamaulipas, Coahuila, Durango, Colima, Nuevo León, Morelos, Zacatecas, Sinaloa, Baja California y el Estado de México los que presentan las tasas más altas de homicidios de mujeres.

En el año 2013 las mujeres asesinadas fueron predominantemente niñas, adolescentes y mujeres jóvenes: siete de cada 100 eran niñas de 0-4 años.

Entre los hombres, la proporción de personas menores de 15 años asesinados es del 1.4%, mientras que los jóvenes de 15 a 24 años que murieron en una agresión fueron el 22.1%. El 57.2% de los fallecidos tenían entre 25 y 49 años.

Una proporción importante de las mujeres y niñas son agredidas predominantemente en sus hogares (29.4%), en contraste con el 10% de los varones. Ellos son agredidos la mayor parte de las veces en la vía pública. Entre los años 2006 y 2013, el lugar de lesión o agresión se ha ido desplazando de la vivencia a la vía pública, esto se observó particularmente entre 2010 y 2012 durante el cual casi la mitad de las mujeres fue asesinada en los espacios públicos.

Las mujeres son asesinadas con mayor violencia, utilizando medios que producen mayor dolor y que lo prolonga antes de fallecer. En el año 2012, 32 de cada 100 mujeres fueron ahorcadas, estranguladas, ahogadas, quemadas, lesionadas, mientras que los homicidios de hombres fueron con arma de fuego (65.2%).

La violencia contra las mujeres está extendida ampliamente en todo el país, no se trata de actos aislado sino de un patrón general, ya que aunque entidades como el Estado de México, la Ciudad de México, Sonora y Baja California presentan las prevalencias más altas, todas las entidades se encuentran por encima del 50%.

Es evidente, desde hace aproximadamente 30 años se ha establecido, que el hogar es el lugar más peligroso para las mujeres, niñas, niños y adolescentes debido a que el maltrato y la violencia hacia la población infantil son parte de la dinámica de la violencia doméstica. Como todo fenómeno social, mientras no se nombre será difícil y casi imposible reconocer que el uso de conceptos como *la familia* encubre la violencia que se ejerce en nuestro país contra las mujeres, las niñas y los niños principalmente y primordialmente en la familia. Se sabe que la violencia en la familia es parte del fenómeno de la violencia contra la mujer y un ejercicio de poder y control que se practica de manera cotidiana sobre las mujeres, de ahí la necesidad de reconocer que su fuerza de reproducción está anclada al desempeño de las instituciones del Estado, que la ignoran o dan al fenómeno un manejo inadecuado con un continuo de omisiones y complicidades que minimizan y ocultan la magnitud de la gravedad de los delitos que se comenten contra las mujeres, las niñas y los niños en el ámbito familiar (Saucedo, 2010).

- Migración

Se estima que es 3.4% de la población de 5 años y más vive en otra entidad o país. Colima (4%), Querétaro (3.6%) Y Baja California Sur (3.1%) son las entidades que destacan con mayor ganancia de población para el 2014. La Ciudad de México presenta el saldo negativo más alto del país (-3.1%), siendo Tamaulipas la segunda entidad con mayor pérdida de población (-3%).

En el país, la primera causa de migración se debe a la reunión con la familia (43.4%). Como segunda causa figuran motivos relacionados con la búsqueda o cambio de trabajo (23.4%). Seis de cada cien migrantes que se trasladaron a vivir a otra entidad federativa lo hicieron por motivos de inseguridad pública o violencia (6.4%), porcentaje cercano a estudiar (7.5%) y superior a casarse o unirse (5.8%).

Entre los años 2009 y 2014, 719 mil personas salieron del país; tres de cada cuatro emigrantes internacionales son hombres; del total de migrantes 48% eran jóvenes, 42% eran adultos. Las causas de la emigración son distintas de acuerdo al sexo: nueve de cada 10 mujeres lo hacen para reunirse con la familia, trabajar o estudiar y 8 de cada 10 hombres lo hacen para trabajar o buscar trabajo. Del total de emigrantes 45.7% regresaron a México y 53.6% continúan en el extranjero, siendo Yucatán, Quintana Roo y la Ciudad de México las entidades federativas que tienen las proporciones más altas de

retorno, mientras que San Luis Potosí, Guerrero y Oaxaca las más bajas. Reunirse con la familia es la principal causa de retorno de los individuos a México.

Debido a que la migración internacional en México es un componente que interviene en la dinámica demográfica del país, conocer las razones y la proporción de migración coadyuva a la comprensión de su impacto en los cambios y tendencias de la población en la actualidad. Muchas de las familias que acuden a los espacios de terapia, solicitan atención porque uno o más de sus integrantes se encuentran en otro lugar. Esto genera estrés, dificultades económicas que requieren de la participación de más miembros de la familia en el campo laboral interrumpiendo, en los jóvenes sobre todo, la continuación de su educación y desarrollo individual.

1.2. Principales problemáticas que enfrentan las familias en México y en el mundo

De acuerdo con el CONAPO (2009), los cambios en la estructura y en la dinámica de las familias y los hogares han sido tan profundos como los sucedidos con la población en general. En la actualidad, los hogares son de menor tamaño, el tiempo para la crianza y el cuidado de la descendencia ha disminuido y el número de generaciones que conviven en el mismo espacio ha aumentado. En las familias y en los hogares los procesos sociales de mayor alcance repercuten y se amplifican. Las transformaciones en los hogares, junto con otros factores como son: el estancamiento económico, la debilidad de los mercados de trabajo o el cambio en la posición de la mujer en la sociedad, suman dificultades a las familias para desempeñar sus funciones sociales básicas, como son las ligadas como la reproducción, la crianza y el cuidado de los niños. En el esfuerzo por fortalecer los vínculos familiares, la distribución más equitativa de la carga de trabajo doméstico entre hombres y mujeres, implementando medidas destinadas a conciliar el trabajo doméstico y extra-doméstico, contribuye a elevar la inversión de los hogares en el desarrollo del capital humano de niños y jóvenes, favoreciendo el desarrollo de relaciones equitativas y libres de violencia entre sus integrantes. Los esfuerzos destinados a aprovechar la oportunidad demográfica transitoria proveniente del cambio de una población joven a otra con un perfil de mayor edad, a través de políticas públicas que potencialicen las oportunidades y las capacidades productivas de la población, implica movilizar recursos, voluntades y conciencias para atender a las demandas con equidad, eficiencia y

oportunidad, con miras a lograr el objetivo central de la política de población: que la población participe justa y equitativamente de los beneficios del desarrollo económico y social.

Los datos estadísticos advierten sobre los nuevos escenarios alrededor de la configuración de las familias en México, denotando la necesidad de fortalecer las políticas y programas para hacer frente éstas nuevas realidades. El país requiere fortalecer la formulación de una política integral que considere las transformaciones que experimenta la familia: la vida doméstica, las relaciones familiares, los roles masculino, femenino e intergeneracionales, la organización del espacio hogareño y del tiempo familiar. Resulta evidente que las familias necesitan apoyo para desempeñar sus funciones vitales y atender a las demandas generadas por los cambios económicos, sociales y culturales. Estos se evidencian en la creciente diversificación de la estructura familiar y adopción formas menos comunes, que son impulsadas por el constante cambio en la división del trabajo intrafamiliar, las pautas para contraer nupcias y el aumento en los índices de separación y divorcio

Es claro cómo la transición demográfica incide en la configuración de la familia, prologando la sobrevivencia a edades tardías, así como el tiempo de la vida conyugal, aumentando la coresidencia de varias generaciones. Esto centra el cuidado de los padres de edad avanzada en un número de hijos menor, disminuyendo el tiempo que dedican madres y padres a la crianza de hijos pequeños, entre muchos otros.

Además, el número de familias vulnerables, que incluye a aquellas en condiciones de extrema pobreza, con un solo progenitor, pobres con ancianos o discapacitados, refugiadas y desplazadas, con integrantes que padecen de enfermedades crónico-degenerativas y aquellas en las que los niños sufren maltrato y hay violencia doméstica, cada vez es mayor. En medios urbanos, los niños y los jóvenes son abandonados y deben hacerse cargo de ellos mismo, expuestos además, al abandono de la escuela, la explotación laboral y sexual, los embarazos no deseados y a las infecciones de transmisión sexual.

Los padres dependen, más que antes, de la asistencia de terceros para poder cumplir con sus obligaciones laborales y familiares, sobre todo cuando las políticas y programas existentes no consideran los diversos tipos de familias que existen, o no prestan la atención debida a las necesidades y derechos de mujeres y niños.

Por todo lo anterior, se evidencia que el estudio de la familia posmoderna, requiere un enfoque transdisciplinario ya que la narrativa de la familia se construye alrededor de múltiples significados (legales, culturales, económicos, demográficos y psicológicos) pues es imposible trazar los límites de lo que constituye una familia en este momento de intensas metamorfosis (Eguiluz, 2007). Dentro de este enfoque transdisciplinario se encuentra el quehacer de la Psicología, de la Terapia y en particular de la Terapia Familiar Sistémica y Posmoderna. Se vuelve urgente la participación del terapeuta familiar para la prevención, en algunos casos, e intervención, en otros, de estas problemáticas tan complejas y multifactoriales. De acuerdo al conocimiento que tenga de las características que tienen las personas que llegan a su consulta, podrá planear e implementar muchas acciones encaminadas a mejorar las condiciones de vida de las familias tan distintas entre sí, permitiéndole tener una influencia mayor, si es necesaria, para fomentar condiciones de vida adecuadas que procuren el bienestar de todos los individuos involucrados.

1.3. La terapia sistémica y posmoderna como alternativa para abordar la problemática familiar

La terapia familiar surge como una alternativa a los grupos psicoanalíticos y la terapia conductual. Entre 1929 y 1932, en Alemania, la terapia familiar se independiza y se manifiesta como una disciplina con sus propios fundamentos teóricos. Este movimiento inicia con Hirschfeld y los estudios que lleva a cabo sobre familia. Entre los precursores de la terapia encontramos a: John Bell, conocido como “el padre de la terapia familiar moderna” que integró a toda la familia al espacio terapéutico, Nathan Ackerman que considera que la interacción familiar, el medio y la dinámica de la psique generan los problemas emocionales, Christian F. Midelfort quien enfatiza los factores religiosos y éticos de los procesos de la salud mental, Theodore Lidz quien exploró el rol paterno en la esquizofrenia, Lyman C. Wynne que propone que la causa de las úlceras son los problemas familiares, Murray Bowen que trabajo con toda la familia de los pacientes psiquiátricos, Carl Whitaker que desarrolló las técnicas de lo absurdo y fue el primero en convocar una reunión sobre el movimiento y finalmente los integrantes del MRI especializados en la terapia familiar de la comunicación como son Gregory Bateson, Don D. Jackson, Jay Haley, Virginia Satir, Paul Watzlawick, John H. Weakland, entre otros. La publicación de la revista *Family Process* unificó el campo de la terapia familiar y

actualmente existen más de 30 centros de capacitación para terapeutas familiares en EUA (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

De acuerdo con Eguiluz (2004) este movimiento inicia en México en la segunda mitad de los años sesenta y coincide con el movimiento antipsiquiátrico. En 1969, a cargo de los doctores Raymundo Macías, Roberto Dervez y Lauro Estrada, se estableció en México el primer posgrado para formar terapeutas familiares en la Universidad Iberoamericana y para 1972, con la participación de Leopoldo Chagoya, establecen el Instituto de la Familia, A. C. La UDLA es otra de las universidades pioneras de la terapia familiar en ofrecer la formación a nivel maestría. Es durante la década de 1980 que la enseñanza del modelo sistémico en el país se consolida.

Entre los requisitos de preparación académica, experiencia profesional y cualidades personales para ser aceptados en la formación se encuentran ser profesionista y estar graduado, tener experiencia en el campo de especialidad, mostrar una actitud de interés, apego y bondad hacia las personas, entre otras.

Los grupos psicoanalíticos, entre los años 1950 y 1970, regulaban y controlaban el trabajo psicoterapéutico en la ciudad de México. Posteriormente, el surgimiento y desarrollo de la terapia conductual se difundió impregnando las formaciones psicoterapéuticas. La terapia familiar en México, como paradigma alternativo a los dos anteriores surge en la segunda mitad de los años sesenta. Es importante mencionar que durante esos años los movimientos estudiantiles revolucionaron las formas autoritarias de los gobiernos y sobre todo de las familias. Coinciden en el tiempo con el movimiento antipsiquiátrico en Italia en contra de la marginalidad, la exclusión y el sostén institucional. Entre las premisas de este movimiento se encuentran: la desinstitucionalización de la salud mental, el abandono de etiquetas que estigmatizan, el rechazo de las reglas rígidas de tratamiento, un trato entre profesional-paciente que no es jerárquico, la represión como castigo es criticada y abandonada y se abandona el uso del electroshock.

En el momento en que las aproximaciones psicodinámicas y conductuales no pudieron dar explicación a la esquizofrenia y a diversos problemas relacionados con la alimentación (obesidad, bulimia, anorexia, etc.), se empezó a considerar que las alteraciones emocionales se generaban en la interacción familiar, el medio que la rodea y la dinámica de la mente. El trabajo clínico se traslada entonces del paciente identificado al grupo familiar.

Desde este marco epistemológico la familia es considerada como un sistema abierto en constante transformación, que recibe y envía descargas de y desde el medio extrafamiliar, adaptándose a las demandas de las etapas de desarrollo a las que se enfrenta. En este sentido, la visión de la “familia normal” es abandonada y se define la “familia funcional”. Entre las características de la familia considerada como un sistema relacional se encuentra: la familia como sistema en constante transformación y la familia como sistema activo que se autogobierna (Andolfi, 1985).

La terapia y el terapeuta familiar, se distinguen del enfoque individual en la forma en que conceptualizan la unidad problema (sea una persona, dos, tres o más), la conducta sintomática, la consideración del pasado o el presente, si se interpreta o actúa, si se centra en el problema presentado o pone énfasis en el crecimiento y desarrollo de la familia, en la utilización de un método general o plan específico para cada situación, en la consideración de la comunicación digital o analógica, etc. La terapia familiar sistémica es el primer tipo de terapia que no tiene sus orígenes en la terapia individual, surge de las ciencias biológicas y sociales; la integración de la Teoría de los Sistemas de Ludwing Von Bertalanffy que adopta un inclinación contextual, una organización sistémica circular, no concibe la existencia de la familia normal y define al sistema familiar como una unidad organizada, formada por subsistemas, regida por patrones circulares y en constante transformación, la Epistemología Cibernética de Norbert Wiener en 1948 que se ocupa de todas las formas de conducta y los proyectos de investigación dirigidos por Gregory Bateson en la década de los 60 en el ámbito psicoterapéutico, forman parte del movimiento de terapia familiar (Sánchez y Gutiérrez, 2000).

La herencia del rótulo *Terapia familiar* se observa en los orígenes del modelo. En el momento en que se trasladan las ideas de la cibernética a las ciencias humanas y las primeras investigaciones del equipo de Bateson, al analizar la comunicación en los pacientes esquizofrénicos, se exploró a sus familias, encontrando disfuncionalidades en ellas, siendo así la primera vez que se trabajó con todos los miembros de la familia en sesión, incorporando el espejo unidireccional y un equipo detrás de él, al trabajo terapéutico (Ceberio, 2002).

Finalmente, la entrada al posmodernismo implicó reflexionar sobre la utilidad limitada de la teoría de la retroalimentación cibernética, de los modelos cognitivo y constructivistas que consideran a los seres humanos como máquinas de procesamiento de información. Esta nueva aproximación contempla a los individuos como generadores de significado,

desplazándose así a la cibernética de segundo orden y al constructivismo. Destaca la importancia de los significados que son creados y experimentados por las personas que conversan. Toma primacía el discurso, el lenguaje y la conversación arraigados en el ámbito de la semántica y la narrativa, donde “la acción humana tiene lugar en una realidad de comprensión que se crea por medio de la construcción social y el diálogo” (Anderson y Goolishian, 1996, p. 46).

La crítica posmoderna ha tenido un gran impacto en las disciplinas sociales, en la psicología y en la terapia. Ha invitado a reconsiderar muchas de las premisas sobre la naturaleza de las personas, de los problemas y de la relación terapéutica (Tarrogon, 2006). El construccionismo es un meta discurso que atraviesa a las ciencias y que pone en duda los supuestos básicos que informa la teoría y la práctica en la psicología (Molinari, 2003).

En terapia el núcleo definitorio de su entrada a la posmodernidad se observó en la atención puesta a la reflexividad, en la inclusión del observador en el sistema, que deviene auto-observante y en el paso a una realidad que se construye y se impone o se consensua (Linares, 2003).

La terapia construccionista busca, a través del diálogo colaborativo, neutralizar el efecto de las narrativas culturales opresivas o dominantes y lograr que el paciente reconstruya su identidad de acuerdo a lineamientos genuinamente propios. La posición del terapeuta cobra un perfil más simétrico y colaborativo, también presupone un fuerte cuestionamiento de las categorías y procedimientos diagnósticos al uso (Molinari, 2003).

Linares (2003) menciona que el cuestionamiento del objetivismo, la importancia de la diversidad y la externalización como técnica son tres de las aportaciones más importantes del postmodernismo a la terapia familiar.

2. Características de las sedes clínicas donde se realizó el trabajo clínico

Entre los objetivos de la formación como terapeuta familiar se encuentra el desarrollo de habilidades clínicas, destinadas a dar respuesta profesional a las necesidades de la población. Los centros en los que se llevó a cabo el trabajo de entrenamiento, cubren demandas relacionadas por lo general con problemas de salud pública, particularmente en salud mental y donde el quehacer del terapeuta tiene un impacto definitivo en la promoción de la misma. Las características de los mismos se explican en los siguientes apartados.

2.1. Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”

En el año de 1981 el centro adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado da inicio a sus actividades, es hasta 1983 que adquiere su autonomía.

Sus principales objetivos son apoyar y fortalecer la formación teórica-práctica de los estudiantes de licenciatura y de posgrado, bajo la supervisión de especialistas. El Centro proporciona servicio psicoterapéutico, con diferentes aproximaciones teóricas, a niños, niñas, adolescentes y adultos; en forma individual, grupal, de pareja y familiar.

Actualmente este Centro de Servicios se encuentra ubicado en el edificio “D” de la Facultad de Psicología en Ciudad Universitaria. Cuenta con una sala de espera, una recepción, 10 cubículos para terapia individual y preconsulta, 4 cámaras de Gesell, equipadas con equipo de audio y videograbación, espejo bidireccional de observación y mobiliario necesario para llevar a cabo las sesiones terapéuticas, 3 cubículos para retroalimentación biológica.

El nivel de intervención que proporciona esta sede es secundario y terciario. Para ser atendidas, las personas deben llenar una solicitud para tener acceso a una primera entrevista o preconsulta. Las solicitudes son canalizadas a los diferentes programas existentes en el Centro, de acuerdo con el motivo de consulta y la información extraída de la primera entrevista.

El costo de la consulta puede oscilar entre los \$50 y los \$150, dependiendo de los ingresos económicos de los solicitantes. Los servicios que ofrece son:

- Pre consulta
- Evaluación
- Referencia y canalización
- Terapia:
 - Individual
 - Pareja
 - Familiar
 - Grupal
- Prevención primaria:
 - Talleres con diversas temáticas

Los motivos de consulta que con mayor frecuencia reportan las personas que solicitan asistencia en este Centro son: ansiedad, depresión, problemas de pareja, problemas familiares, problemas de conducta en niños y adolescentes, esquizofrenia, trastornos alimenticios y atención psicológica para síntomas derivados de problemas de salud, como diabetes, colon irritable, epilepsia, gastritis y cáncer.

Los recursos humanos con los que cuenta el Centro para atender a la población que lo solicita, abarca desde los terapeutas asignados al Centro, los residentes de posgrado, prestadores de servicio social, los estudiantes en formación y voluntarios.

2.2. Centro Comunitario “Dr. Julián McGregor y Sánchez Navarro”

Desde hace más de 30 años brinda a estudiantes de licenciatura y posgrado de la Facultad de Psicología la oportunidad de **desarrollar** y **consolidar habilidades profesionales** en un escenario real a través de su formación en el servicio comunitario.



Figura 1. Objetivos del centro comunitario.

1. Profesionalización

Integrándose a alguno de los programas se busca crear puentes entre teoría, práctica y ejercicio profesional. Así las y los estudiantes pueden aplicar sus conocimientos para resolver problemáticas de la comunidad contando con la guía del personal académico a cargo.

Entre los programas de profesionalización se encuentran:

- Formación en la práctica
- Prácticas en escenarios especializados
- Servicio Social
- Tesis
- Programa único de especialización
- Residencias en maestría

2. Servicio comunitario

Desde una perspectiva psicosocial, se desarrollan actividades de promoción de la salud mental e intervención, convergiendo diversas áreas de la Psicología.



Figura 2. Servicios que ofrece el centro comunitario a la comunidad

Programas de servicio comunitario:

Responden a las problemáticas de la comunidad y son dirigidos a todos los grupos de edad.

1. Psicología escolar

- Intervención en contextos escolares.
- Fomento a la lectura y la escritura.
- Enseñanza inicial de la lectoescritura.
- Alcanzando el éxito en secundaria.

2. Promoción de la salud mental

- Promoción de la igualdad y la equidad de género.
- Grupos de reflexión de mujeres.
- Habilidades para la vida en adolescentes.

3. Abordajes terapéuticos

- Terapia cognitivo conductual en la depresión y ansiedad.
- Terapia narrativa.
- Terapia sistémica con perspectiva de género.
- Terapia Gestalt.
- Terapia infantil.
- Terapia del adolescente.

En el Centro Comunitario participan profesoras y profesores especialistas en distintas temáticas y estudiantes en formación con un fuerte compromiso con la profesión y la comunidad.

Se encuentra ubicado en la calle Tecacalo Mz. 21, Lt. 24, en la colonia Ruiz Cortines, delegación Coyoacán. El horario de atención es de lunes a viernes de 8:00 a 20:00 y sábados de 10:00 a 14:00 hrs.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

1. Análisis de los principios teóricos metodológicos de los modelos de intervención en la terapia sistémica y posmoderna que sustentan los casos presentados

En esta sección se presenta una breve descripción de la historia, principales representantes, postulados, técnicas de intervención y consideraciones finales sobre los modelos y temas que sustentan el trabajo realizado en los casos clínicos. La elección de los mismos responde a que son los modelos que se consideran como los más pertinentes para abordar la problemática presentada por las familias que solicitaron la atención.

1.1. El Modelo Estratégico

Antecedentes del Modelo Estratégico y Principales Representantes

Jay Haley y Cloé Madanes, a cargo del Instituto de terapia familia en Washington, desarrollaron un enfoque de terapia familiar estratégica muy influido por la terapia de Milton Erickson (Ochoa de Alda, 1995). De acuerdo con Mac Kune-Karrer (2000) Peggy Papp, en sus inicios realizaba en su mayoría terapia estratégica, mientras experimentaba con las técnicas paradójales.

De acuerdo con Galicia (2004) en la obra de Haley se pueden identificar tres elementos que influyen de forma general y directa en el origen y desarrollo del modelo: una concepción particular de la comunicación construida en relación con lo planteado por Gregory Bateson y John Weakland; un enfoque general de lo que constituye la terapia, derivado de las consultas con Milton H. Erickson; un acercamiento hacia la familia orientado por las ideas de Salvador Minuchin y Braulio Montalvo.

Es en los inicios del grupo de Palo Alto, antes de la creación del Mental Research Institute, que Jay Haley trabajó al lado de Bateson y Weakland sobre los problemas que presenta la comunicación, cercanía que se desarrolló mientras creaban la teoría del doble vínculo, que trajo como resultado la publicación de numerosas investigaciones alrededor de la paradoja en la comunicación, la esquizofrenia, la hipnosis y la terapia. Es en el año de 1963 que Haley publicó su libro *Estrategias en Psicoterapia*, en la cual desarrolla sus

reflexiones sobre esas investigaciones y expone un enfoque más social que el individual ya desarrollado en la década de 1952 a 1962. En un inicio plantea a la diada como unidad de análisis en la terapia y posteriormente propone la tríada (Galicia, 2004; Haley, 2008).

El estilo terapéutico de Haley está basado en directivas y proviene de las técnicas propuestas por Erickson, de quién recibió entrenamiento y supervisión desde 1952 a 1980. Su idea de intervención para tratar los desórdenes de adolescentes modificando la jerarquía familiar se deriva de lo que esbozó Erickson y Minuchin. Que plantee una posición activa y directiva del terapeuta, inherente a la terapia estratégica y la mayoría de las terapias, se debe a que considera a la hipnosis como influencia directa en todas las formas de terapia. Sostiene que Pavlov, inmerso en las teorías hipnológicas, influyeron en sus planteamientos y en las terapias derivadas de los principios del condicionamiento. Supone también la influencia de la hipnosis en todas las terapias psicodinámicas. Haley considera a Erickson como el maestro del enfoque estratégico en la terapia, debido a que transfirió las ideas de la hipnosis a los procedimientos terapéuticos (Galicia, 2004).

La mirada que Haley tiene sobre la familia se encuentra dirigida por las ideas de Minuchin y Montalvo compartieron con él cuando trabajaron juntos en la década de los 60's, en la Philadelphia Child Guidance Clinic. Algunas ideas que Minuchin plantea en su libro *Familias y Terapia Familiar*, publicado en 1974, son afines a las que Haley presenta en su libro *Terapia para resolver problemas* (2008). Finalmente, Haley reconoce que la influencia de Montalvo en su trabajo fue mayor que la de Minuchin (Haley, 2008).

Influencia de Milton Erickson

En su libro *Terapia No Convencional* (1983) Haley describe el estilo de terapia y las técnicas hipnóticas descritas por Milton H. Erickson. Este enfoque es posible ubicarlo en el contexto de la teoría de la familia. El doctor Erickson estudió en la Universidad de Wisconsin y recibió su título médico en el Colorado General Hospital. Obtuvo el título de psicólogo simultáneamente. Posteriormente se especializó como psiquiatra. Las ideas expuestas a continuación son descritas por Haley y no por el doctor, recopiladas a través de los múltiples encuentros entre ambos.

Haley (1983) menciona las siguientes consideraciones alrededor del trabajo del Doctor Milton H. Erickson:

- Modificaba la conducta entre las personas mediante un enfoque que se ha desarrollado directamente a partir de una orientación hipnológica, como ya se mencionó es considerado como el maestro del enfoque estratégico en terapia y por lo tanto esta terapia es una extensión lógica de la técnica hipnótica.
- Entre la variedad de métodos de inducción que utilizó Erickson, se encuentra en común una secuencia de pasos que consiste en dirigir a la persona para que cambie espontáneamente su conducta, lo que implica una paradoja, pues al seguir una directiva no puede responder espontáneamente. Este procedimiento involucra dos etapas: el hipnólogo indica al individuo que haga algo voluntariamente y posteriormente solicita que responda con una conducta involuntaria, espontánea esperando que no sólo una respuesta voluntaria, pues no espera trabajar con un robot, sino que siga directivas y que participe respondiendo de forma autónoma.
- La meta de un hipnólogo es modificar la conducta, la respuesta sensorial y la conciencia de otra persona así como expandir los alcances de su experiencia, proveerla de nuevas maneras de pensar, sentir y comportarse. A través de la relación con una persona, busca introducir en esta la variedad y expandir el alcance de sus capacidades.
- Finalmente, el doctor Erickson tiene siempre presente los procesos vitales “normales” u ordinarios. Sin importar cuál sea la etapa del ciclo familiar, la transición a la siguiente constituye un paso crucial en el desarrollo de una persona y de su familia.

Existen doce criterios para analizar el enfoque psicoterapéutico ericksoniano descritos por González (2004) que se analizan a continuación brevemente.

Tabla 1. Doce criterios del enfoque psicoterapéutico ericksoniano.

| Criterio | Características |
|---|--|
| Noción del cambio | Es el producto de la reorganización de la vida experiencial del cliente. Explicado por dos supuesto: 1) la mente inconsciente tiende a ser benigna, encaminada a la búsqueda de la salud y 2) contiene soluciones para los problemas que pueden ser traídas al plano consciente. |
| Orientación temporal de la terapia | Ubicada en el presente y dirigida hacia el futuro. Orientada hacia la solución y no hacia el problema. |

Tabla 1. Doce criterios del enfoque psicoterapéutico ericksoniano. (*continuación*)

| | |
|---|---|
| Procedimientos diagnósticos | No se realizan procedimientos diagnósticos debido a que Erickson considera que las teorías estorban el quehacer del terapeuta, a que la personalidad no es algo inmutable y a que existen aspectos de esta susceptibles de usarse en beneficio del cliente. Estos procedimientos sólo se utilizan como pautas diagnósticas que reflejan el estilo de vida de los clientes y para comprender su experiencia subjetiva. Facilitan la “terapia hecha a la medida”, son pautas útiles de considerar para el tratamiento y para la obtención de información. |
| Objetivos de la terapia | Terapia pragmática, orientada a metas. Terapeuta y cliente se ponen de acuerdo respecto a las metas del tratamiento que se definen en términos conductuales. |
| Duración de la terapia | Modalidad breve. Varía desde una sesión hasta menos de 20 dependiendo del problema definido entre terapeuta y cliente. |
| Relación terapéutica | Relación de influencia en el comportamiento del cliente. Es el terapeuta quien se adapta al encuadre del cliente, creando un clima de aceptación y empatía. |
| Papel del cliente | Activo debido a que la mayoría de las veces se utilizan sugerencias indirectas en lugar de directas, debido a que promueven la individualidad. El uso frecuente de tareas terapéuticas para ser realizadas entre sesiones también caracteriza el papel activo. |
| Concepción y manejo de la resistencia | La respuesta del enfoque es comprender la resistencia, aceptarla y en ocasiones alentarla utilizando la individualidad que la caracteriza para ayudar al cliente a rodear sus limitaciones aprendidas. Es redefinida como una conducta cooperativa a partir de la cual se puede construir. Indica el grado de indirección que se debe usar: a mayor resistencia, será útil más sugerencias y manejos indirectos. |
| Utilización terapéutica | Definida como la disposición que tiene el terapeuta para responder de manera estratégica a cualquiera y todos los aspectos del paciente o entorno. Entre las pautas ericksonianas que están implicadas se encuentran: la utilización del lenguaje, las creencias, marcos de referencia, intereses, motivaciones, conducta presente, síntomas y resistencia del cliente. La utilización terapéutica requiere que el terapeuta sea flexible y posea una buena capacidad de observación. |
| Técnicas ericksonianas | Trance hipnótico formal, hipnosis no formal, uso de analogías, reencuadre, estrategias sobre cómo alentar la resistencia y prescripción de recaídas. |
| Técnicas para ser efectuadas entre las sesiones de terapia | Tareas paradójicas, tareas para construir habilidades y tareas de función ambigua. |
| Criterios de finalización de la terapia | Cuando las metas construidas por el cliente y el terapeuta son alcanzadas, o porque el cliente se da cuenta de que ya no necesita más de la terapia, la terapia finaliza. |

Fuente: Elaboración propia con datos de González, 2004.

Principios Básicos

A continuación, se describen los principios básicos que subyacen a la terapia estratégica de acuerdo con Haley (1983, 2008) y Cloe Madanes (2001):

- La terapia estratégica es considerada así porque el terapeuta debe asumir la responsabilidad de configurar una estrategia específica-basada en la adecuación, flexibilidad y creatividad- que permita responder a los problemas del cliente, siendo

uno de los principales objetivos del tratamiento ayudar a las familias a superar las crisis que enfrentan en su devenir vital.

- La familia como organización, se compone de personas que pertenecen a distintas generaciones, con ingresos variables y con distintos grados de inteligencia y destreza. Estas líneas jerárquicas se relacionan con las funciones de la familia. La jerarquía principal es la que se relaciona con el límite generacional. Sin importar el ordenamiento adoptado, la familia debe organizarse jerárquicamente lo que permitirá establecer reglas sobre quiénes tendrán mayor status y poder y quiénes no.
- La presencia de síntomas por parte de un miembro es señal del ordenamiento jerárquico confuso en la organización familiar. Ésta peligra cuando existen coaliciones entre distintos niveles jerárquicos lo que provoca niveles conflictivos de comunicación y angustia subjetiva en los participantes. El síntoma además de modificar el orden jerárquico, busca nivelar el poder dentro de la relación; es, por lo tanto, un intento de solución desafortunado para las dificultades, que permite equilibrar el poder y provee un foco de interacción que equilibra la vida.
- El cambio no se ubica en el trabajo respecto a la manera en que se comunica el individuo, sino en el contexto, es decir, en la organización de la situación a la que el individuo se está adaptando; el síntoma es considerado una conducta adaptativa a la situación social en la que se ubica.
- Existen momentos de la vida familiar en los que se observa que los miembros de la familia se encuentran atrapados en una lucha por el poder; esta lucha es la médula del conflicto entre los individuos; como consecuencia trae que un miembro de la familia desarrolle síntomas neuróticos o psicóticos. La psicopatología es resultado de la pugna por el poder entre personas y en ella se encuentra el foco de atención de las tácticas terapéuticas.
- Es sabido que la psicopatología del paciente sintomático desempeña alguna función familiar y que cuando éste mejora, otros miembros de la familia presentan síntomas o conflictos o la disolución de la familia es más probable. El terapeuta familiar concibe la psicopatología individual como el resultado de la forma en que maneja las relaciones íntimas. Así, la conducta sintomática ayuda a perpetuar el sistema familiar. El cambio es necesario no sólo en el individuo, sino también en el sistema familiar total.
- El problema es considerado una metáfora, es decir, es una formulación que significa algo con respecto a otra cosa; la formulación del paciente se relaciona con su

situación actual, guarda analogía con ella y considerará la vida familiar y laboral del paciente organizada alrededor de esa analogía. La forma en que la familia interactúa alrededor de él es una analogía sistémica de los demás sistemas de interacción.

Estrategias de Intervención

A. EVALUACIÓN

Si un terapeuta quiere terminar bien el proceso terapéutico debe comenzarlo por el camino correcto, es decir, debe establecer con el paciente el contrato alrededor de un problema que se pueda resolver y descubrir la situación social que lo genera (Haley, 2008).

Haley (2008) plantea una serie de etapas que comprenden la primera entrevista. Las primeras forman parte de la evaluación y la última a la intervención, sin embargo en la etapa de interacción, evaluación e intervención coexiste. Éstas se explican a continuación.

Tabla 2. Etapas de la primera entrevista en terapia estratégica

| |
|---|
| <p>1. Etapa social</p> |
| <p>Mientras ingresan en la sala, la forma en la que los individuos interactúan entre sí da nociones de las relaciones existentes (por ejemplo, la disciplina entre padres e hijos).El terapeuta observará el estado de ánimo que da información necesaria para saber si la familia cooperará en el cambio o no. También prestará atención a cómo se sientan, pues indica la organización de la familia; sólo obtendrá conclusiones provisionales, no ideas firmes y debe evitará comunicar a la familia sus observaciones.</p> |
| <p>2. La etapa de planteo del problema</p> |
| <p>Esta obedece un propósito, en la que es común que el terapeuta pregunte a la familia por qué ha ido o qué problema tiene convirtiendo la situación de social a la terapia propiamente. Existen tres formas de recibir información: en su primera indagación el terapeuta permitirá la expresión metafórica, luego será más concreta y detallada del problema y de las metas a alcanzar y ya hacia el final pedirá que resuman la cuestión y definan los cambios deseados: <i>¿Cuáles son las metas que desearía alcanzar la familia?</i> La formulación del problema puede ser conceptualizada en función de una, dos, tres o más personas. Generalmente, la familia atribuye el problema a una sola persona, siendo la tarea del terapeuta la de abordarlo pensando en más de una permitiendo así el cambio. Esta entrevista y cómo se lleva a cabo puede dar pie a provocar un cambio.</p> |
| <p>3. La etapa de interacción.</p> |
| <p>Para indagar cuál es el problema, primero se recopilan las opiniones de todos y promover el diálogo entre los presentes, donde el terapeuta pasa a segundo plano, estimulando a la familia a que converse sobre las discrepancias surgidas al expresar sus opiniones. El terapeuta prefiere la acción sobre las palabras, ya que las primeras dan mucha más información y mejor resultado. Procurará traer la acción problema al seno de la reunión. Al observar cómo los miembros de la familia se conducen entre sí, el terapeuta obtendrá información sobre las secuencias y pautas de conducta. Así, la estructura familiar se revelará ante el terapeuta si éste conduce bien la etapa de interacción.</p> |

Tabla 2. Etapas de la primera entrevista en terapia estratégica (*continuación*)

| |
|---|
| 4. Definición de los cambios deseados. |
| Se vuelve prioridad la definición de una formulación lo suficientemente clara de los cambios que la familia quiere alcanzar al asistir a la terapia. Esto ayuda a que los miembros se centren en cuestiones importantes y permite la fijación de metas. Si el contrato sobre los cambios deseados no es claro, la familia estará menos dispuesta a cooperar y la evaluación de la efectividad de la terapia será confusa. La negociación, clave importante de la definición, será la vía para operacionalizar aquellos problemas que la familia desee solucionar y que los hará resolubles al ser computables, observables, medibles o que permitan detectar de algún modo la influencia que se ejerce sobre ellos. Sin embargo, en algunos casos, la ambigüedad a un problema rígido y circunscripto permitirá al terapeuta otras maniobras. En otros casos, la aceptación de problemas inexistentes, al explorar tentativamente la situación y ver qué hay detrás de ella permitirá resolver problemas apremiantes. Finalmente, hay ocasiones en la que el terapeuta debe limitarse a su papel de sabio consejero, para evitar plantear problemas que en realidad no existen. |
| 5. Conclusión de la entrevista. |
| Ésta concluye con la concertación de una nueva cita, donde quizá sea necesaria la presencia de otro miembro de la familia. En otras ocasiones, finaliza con una directiva para el hogar, que la familia deberá realizar entre sesiones. Al hacerlo, la familia queda ligada al terapeuta. |

Fuente: Elaboración propia con datos de Haley, 2008.

B. INTERVENCIÓN: TÉCNICAS DIRECTIVAS Y NO DIRECTIVAS

El objetivo del tratamiento no se limita al problema presentado en la primera sesión, sino que incluye los que vayan apareciendo a medida que se estreche la relación entre familia y terapeuta. Éste debe hallar el modo de centrar la terapia en el problema presentado, alcanzado al mismo tiempo otros objetivos que crea importante (Ochoa de Alda, 1995).

El cambio de conducta del paciente identificado se produce como parte de los cambios analógicos en el sistema familiar ocurridos en la relación con el terapeuta (Ochoa de Alda, 1995).

B.1. Teoría del cambio

La finalidad de la terapia es alterar las secuencias de conducta inadecuada que encierran una jerarquía incongruente y ampliar las alternativas conductuales y epistemológicas del sistema familiar; esto trae como consecuencia cambios en las conductas, percepciones y sentimientos de los miembros del grupo. El terapeuta debe impedir que se formen coaliciones que traspasen los límites generacionales y que el síntoma se utilice para regular encubiertamente el reparto de poder familiar (Ochoa de Alda, 1995).

Al ser un tratamiento directivo persuade al paciente para que participe en la producción del cambio a través de instrucciones específicas que le implican en el trabajo de cooperación para modificar su conducta sintomática a través de solicitar al paciente que *haga algo* (Haley, 1989).

B.2. *Metas y estrategias terapéuticas*

Como ya se mencionó el enfoque de terapia familiar estratégica se basa en una clara definición de aquello que la familia quiere lograr con el tratamiento. A ello se suma la necesidad de que el terapeuta se trace la meta de alcanzar una definición congruente del poder dentro de la familia, con la finalidad de hacer remitir la conducta sintomática.

De acuerdo con Ochoa de Alda (1995) las estrategias generales desplegadas en este enfoque son:

1. La definición de los cambios deseados por la familia.
2. Después de evaluada la secuencia que mantiene el problema, el terapeuta fija la meta terapéutica que establecerá un límite intergeneracional que impedirá coaliciones permanentes utilizando las técnicas que considere convenientes.
3. Después de evaluar quiénes están involucrados en el problema, a quién protege el portador del síntoma y de qué manera, se programa un cambio por etapas. Resulta más eficaz, pensar en el funcionamiento defectuoso para transformarlo en otro sistema defectuoso que dará paso a uno normal, esto implica que la terapia ha de pasar de una etapa de planteo del problema a otra de igual carácter antes de poder avanzar hacia el sistema normal.
4. Cuando el paciente identificado es un niño, el terapeuta debe lograr que renuncie a la conducta sintomática.
5. En ningún caso se persuade a la familia de que el verdadero problema está en ella y no en el paciente identificado.
6. Una vez diseñada una estrategia terapéutica hay que instrumentalizarla.
7. Cuando un problema incluye dos generaciones, Haley (1980) propone tres estrategias:
 - a) Utilizar a la persona periférica.
 - b) Romper la coalición madre-hijo mediante una tarea.
 - c) Unir a los progenitores para que ayuden a su hijo a superar el problema.

8. Madanes (2001) ha diseñado tres estrategias fundamentales cuando el paciente identificado es un niño:
 - a) El padre debe pedir al niño que tenga el síntoma.
 - b) El padre pide al niño que simule o imagine tener el síntoma.
 - c) El padre pide al niño que simule ayudarlo.
9. Las estrategias para el tratamiento de parejas estarán orientadas a modificar (Haley, 2008; Madanes, 2001):
 - a) Los síntomas como problemas presentados.
 - b) El niño como problema presentado.
 - c) La crisis familiar como problema presentado.
 - d) El matrimonio como problema presentado.
10. Madanes (2001) plantea que la estrategia empleada para problemas graves de la adolescencia consiste en generar en los familiares las secuencias comunicacionales que definen la jerarquía apropiada y en contrarrestar las maniobras comunicacionales que descalifican dicha jerarquía.

B.3. *Técnicas de Intervención*

Las técnicas terapéuticas son procedimientos que modifican la estructura de organización que no es adecuada, con el objetivo de que la conducta sintomática no sea adaptativa para el sistema. Éstas buscan cambiar las interacciones familias y consisten en: connotaciones positivas y redefiniciones; tareas directas; tareas paradójicas; tareas basadas en la simulación; ordalías y metáforas (Ochoa de Alda, 1995).

B.3.1. Redefinición y connotación positiva

Uno de los cometidos del terapeuta es redefinir el problema en términos distintos a los que presenta la familia, haciéndolo resoluble. Por otro lado, la redefinición y la connotación positiva permiten al terapeuta poner en entredicho la creencia familiar de que el síntoma es un acto independiente de su contexto (Haley, 1980).

Para Madanes (2001) la redefinición del problema no implica forzosamente connotar positivamente la conducta de alguien. Su meta es cambiar la definición de un problema para que pueda solucionarse, en este sentido considera que por ejemplo hablar de

“irresponsabilidad” en lugar de “depresión” alude a una conducta más peyorativa, pero sin embargo más fácil de resolver.

B.3.2. Intervenciones conductuales

Se puede entender como directiva a todo lo que en terapia se hace; toda acción que el terapeuta lleve a cabo. Pueden ser directas o implícitas. Otra forma de impartir directivas se utiliza cuando el terapeuta quiere que las personas se resistan y de ese modo cambien. Resultan paradójicas al enviar dos mensajes a los clientes; el terapeuta desea ayudarlos a cambiar y al mismo tiempo les está pidiendo que no cambien. Éste tipo de tareas paradójicas tiene efecto sobre la resistencia al cambio. Ambas se explican a continuación.

Tabla 3. Técnicas directivas y no directivas.

| |
|--|
| ✓ Directas. Consiste en decirle a la gente lo que debe de hacer. Comprende dos tipos de directivas: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Ordenar a alguien que deje de hacer algo.</i> El terapeuta intenta modificar el comportamiento de la familia diciéndole a uno o varios de sus miembros que dejen de hacer lo que están haciendo. 2. <i>Pedir que se haga algo diferente.</i> El terapeuta intenta cambiar el comportamiento de la familia pidiéndole a uno de los individuos que adopten una conducta distinta a la común, que intenten nuevos hábitos. |
| ✓ Paradójicas: Decírselo con el propósito de que no lo cumplan. Se pueden adoptar dos enfoques generales: <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Encarar a la familia en un sentido global.</i> Cuando se enmarca a la familia dentro del intento de cambiarla, se expresa una restricción de los impulsos de mejoramiento de sus miembros. 2. <i>Impartir directivas que involucren sólo a una parte de la familia.</i> El terapeuta aplica el enfoque paradójico a una o dos personas en particular. El procedimiento es el mismo: solicita que permanezcan igual, encuadrando la solicitud en el propósito de ayudarlos a cambiar. |
| ✓ Técnicas de simulación. En ellas se solicita a una persona que simule un síntoma o a una familia que finja comportarse en la forma desafortunada que le es habitual. No se basa en el desafío, sino en la colaboración. |
| ✓ Metáforas. Las metáforas, consideradas como la relación de analogía entre una cosa y otra, se utilizan cuando las personas están más dispuesta a cumplir una directiva si no tienen conciencia de haberla recibido. |
| ✓ Ordalías. El terapeuta da a escoger a la persona entre dos alternativas, una de ellas es una tarea directa y la otra una tarea mucho más onerosa que aquella. |

Fuente: Elaboración propia con datos de Haley, 2008; Madanes, 2001.

Consideraciones Finales

Galicia (2004) plantea cuatro ideas centrales que evalúan el momento actual por el que transcurre el modelo. Éstas se mencionan a continuación.

La terapia estratégica, cuyos planteamientos que conciernen a la entrevista inicial y a la planificación del caso se observan en los trabajos realizados por Fish, Weakland y Segal. Sin embargo, no se encuentran claramente muchos seguidores que hayan reivindicado y/o continuado en la actualidad las ideas de poder, jerarquía y directividad.

Si bien se ha expuesto que en terapia es necesario considerar la idea central de que todo sistema es una organización jerarquizada en la que debe mantenerse aquella que denota congruencia y se identifica a los problemas como el resultado de una alteración en la misma, la propuesta que Madanes puede ser considerada una extensión o evaluación de las ideas iniciales de Haley pues advierte que existen otras formas de interacción entre los miembros de una familia que pueden ser considerados un comportamiento metafórico y adaptarse como posibles explicaciones del comportamiento problemático en una familia.

Las posiciones constructivistas y todas aquellas en contra del poder y la directividad han estado ganando terreno y haciendo caso omiso de la terapia estratégica. Sin embargo, Haley no supone que sea el terapeuta quien asume la responsabilidad de las sesiones; él se cuestiona quién es el responsable ya que se observa en los análisis detallados de la sesión que es el cliente quien induce al terapeuta a lanzar sus directivas y la responsabilidad asumida por el terapeuta es conferida por el cliente de manera directa.

Las propuestas de Haley con respecto a la directividad y el restablecimiento de jerarquías son útiles para el tratamiento de casos críticos en situaciones con adolescentes seriamente perturbados, en familias caóticas y en familias con algunos miembros delincuentes.

1.2. El Modelo de Milán

Antecedentes y Principales Representantes del Modelo de Milán

En el año de 1967, año en que falleció Jackson, las ideas del grupo de Bateson llegaron a tierra italiana. Mara Selvini Palazzoli, psicoanalista infantil, trabajó durante muchos años con niños anoréxicos, al no obtener resultados satisfactorios e impresionada con el trabajo y los resultados del grupo de Palo Alto, descartó los elementos del pensamiento psiquiátrico y adoptó una orientación puramente sistémica (Hoffman, 1987).

En ese mismo año Palazzoli organizó el Instituto de Estudios Familiares en Milán cuyo grupo se redujo para abarcar sólo cuatro psiquiatras: Luigi Boscolo, Giuliana Patra, Gianfranco Cecchin y la propia Selvini. Aunque influidos por el grupo de Palo Alto, evolucionaron en otra dirección, creando una forma lo bastante distinta para ser considerada una escuela por méritos propios (Hoffman, 1987).

En 1971 adoptaron el enfoque de Palo Alto y desarrollaron la intervención contraparádójica, diseñada para anular el doble vínculo patológico en los casos de trastorno mental grave. Influenciados por los trabajos de Bateson, en 1975 modifican su concepción de los sistemas familiares de predominantemente homeostáticos a predominantemente cambiantes y diferencia entre el nivel de significado (creencias) y nivel de acción (patrones conductuales). Para 1980 el grupo se divide en dos, Palazzoli y Prata se centran en la *prescripción invariable* basada en una hipótesis universalmente válida para todas las familias de esquizofrénicos, mientras que Cecchin y Boscolo continúan enfatizando la necesidad de generar hipótesis específicas que se adapten a cada familia y cuestionando la utilidad de cualquier noción explícita o implícita de normalidad o patología. Posteriormente, Palazzoli trabajará por cuenta propia con un equipo nuevo que intensificó su esfuerzo para desarrollar una teoría general de los *juegos psicóticos* (Ochoa de Alba, 1976).

Fundamentos Teóricos

Boscolo, Cecchin, Hoffman y Penn (1989) desarrollan las ideas del modelo desde sus inicios hasta la escisión de sus miembros. A continuación se enuncian los puntos más sobresalientes de su exposición.

- El trabajo del grupo se inserta en sus inicios en la línea de las terapias estratégicas para emerger más tarde, después de una década, como uno de los principales ejemplos de terapia sistémica, fundada sobre los principios de la cibernética batesoniana, desembarcando en el constructivismo, el construccionismo social, el posmodernismo y la narrativa.
- La aplicación de las ideas del MRI en el campo clínico llevó al desarrollo de un nuevo método de recolección y elaboración de la información y de las intervenciones sobre los sistemas humanos. Fueron enunciados tres principios para la conducción de las sesiones: Hipotetización, circularidad y neutralidad, que se transformaron en la marca distintiva del modelo.
- Como ya se mencionó en 1980, Palazzoli y Prata abandonaron el Centro para continuar su propia investigación sobre las familias fundada sobre una cibernética de primer orden y dirigida a “descubrir” posibles organizaciones familiares específicas

("juegos"), relativas a síndromes específicas, como la anorexia y la psicosis. En 1983, Mara Selvini-Palazzoli, Stefano Cirillo, Matteo Selvini y Anna Maria Sorrentino formaron un equipo para llevar a cabo una investigación sobre las tipologías familiares, cuyos resultados fueron publicados en el texto "Los juegos psicóticos en la familia".

- Boscolo y Cecchin prosiguieron en su propia investigación, que siguió un camino distinto, influenciado notablemente por un cambio de contexto. En 1977 ambos terapeutas iniciaron un curso de formación en terapia familiar sistémica. Las familias eran vistas por uno o dos terapeutas, mientras que detrás del espejo observaban los demás alumnos, junto a uno de los docentes. Se había de esta forma, pasado a la investigación sobre la formación y la terapia. Los roles se hicieron cada vez más complejos: por ejemplo un docente se podía encontrar en un determinado momento en el rol de terapeuta, supervisor, etcétera.
- Los encuentros personales con Humberto Maturana, Heinz von Foerster y más tarde con Ernest von Glasersfeld tuvieron mucha relevancia. Maturana llevó a una posición central al observador. Además de esto, era primordial, en su pensamiento, el concepto de autonomía organizativa de los sistemas vivientes, que lo conducía a teorizar la imposibilidad de interacciones que pudieran obtener directamente un cambio en el sistema viviente: el sistema responde según su propia organización y por consecuencia a través de su propia historia. Según Maturana y Varela, la realidad surge en el lenguaje a través del consenso: en esta óptica, existen tantas realidades como conversaciones posibles. Von Foerster introduce el concepto de cibernética de segundo orden, o cibernética de los sistemas observantes: el observador entra en la descripción de aquello que es observado, de este modo, observador y observado no pueden ser separados. Von Glasersfeld, por último, abre el camino a los conceptos del constructivismo radical.
- El efecto combinado de estas actividades y encuentros, cambió la atención del sistema observado al sistema observante. El énfasis pasó desde el comportamiento observado a las ideas, a las teorías, a las premisas personales de los componentes del sistema observante. La familia ya no es más vista como una "máquina homeostática" que el terapeuta debía conocer antes para luego reparar y se presta mayor atención al proceso terapéutico que a la intervención final. A la luz de estas nuevas adquisiciones, reevaluándose el modo de trabajar, el grupo sufre otra evolución. Terapeuta y equipo dejan de considerar solamente al sistema como

constituido únicamente de la familia que se presentaba en sesión y comienzan a formular hipótesis sobre el sistema significativo relacionado con el problema presentado. Por sistema significativo se entiende el sistema de relaciones entre las personas involucradas en el problema presentado. Esto incluye por definición al paciente identificado y puede comprender además a los miembros de la familia nuclear, la familia extendida (comprendidos los difuntos más importantes), los coetáneos de los pacientes, la escuela, el trabajo y, sobre todo, los operadores, los expertos y los servicios sociales y sanitarios que en el tiempo puedan haber estado en contacto con el paciente. El sistema significativo incluye naturalmente también al terapeuta en su calidad de observador, con sus propias teorías y prejuicios. Los terapeutas buscaban ahora entender las maneras con las cuales los patrones de ideas y significados contribuyen a la creación consensual de la imagen clínica observada.

- Los conceptos constructivistas condujeron a tomar mayor atención a las posiciones de cada uno de los observadores que forman parte del sistema significativo. Si el terapeuta, en vez de crear una hipótesis en base a sus propios prejuicios y desde su único punto de observación, busca imaginar y relacionar las posibles hipótesis o puntos de vista de los otros miembros del sistema significativo del cual forma parte, puede construir una hipótesis más compleja, pluricéntrica y, en cierto sentido, colectiva. El trabajo con la familia puede, de esta forma, convertirse en un laboratorio, donde se aprende a pensar y actuar de modo sistémico.
- El constructivismo dejaba abierta una dicotomía, aquella entre el observador y lo observado, concebidos como distintos (Fruggeri, 1995). De este modo, la perspectiva sistémica se desplazaba desde una visión externa al individuo (outsight) a una visión interna (insight). La superación de tal dicotomía implicaba otro cambio de perspectiva, desde el constructivismo al construccionismo social.
- Mientras el constructivismo pone el acento en el observador y en sus construcciones mentales, el construccionismo social lleva a las relaciones a un primer plano, vistas en una clave distinta a las primitivas teorías cibernéticas: ya no son más la expresión de estructuras o patrones comportamentales, sino de sistemas de lenguaje o de significado. El paso de una perspectiva sincrónica –basada en el atribuir importancia a los patrones relacionales, característica del período estratégico– a una perspectiva diacrónica – ha llevado poco a poco a desarrollar un particular interés por las historias, cómo éstas se construyen y cómo son construidas. La apertura del marco temporal del presente, al pasado y al futuro, nos ha estimulado a trabajar sobre las conexiones de

eventos y significados en el fluir del tiempo. Interesa cómo los clientes conectan eventos y significados de su pasado para explicar en modo determinístico su presente, vinculando el futuro; los sistemas humanos que producen síntomas y sufrimientos tienden a enjaularse en historias deterministas que los conducen a los expertos para pedir ser ayudados a liberarse.

- La integración de diferentes “voces” presentes en la experiencia del terapeuta tiene también validez ética: el terapeuta que se pone en una perspectiva multiversal está más abierto a escuchar las voces de la cultura, del género y de la etnicidad del cliente, y de enfrentarlas a las voces de su propio género, de su propia etnicidad y de su propia cultura general y profesional. Un terapeuta que sigue este camino puede convertirse en más consciente, en la medida de lo posible, de sus propios prejuicios e influencias culturales, que condicionan sus descripciones y explicaciones.
- El análisis Batesoniano, centrado en la epistemología cibernética, se basa en circuitos recursivos que conectan al observador con lo observado según las dos modalidades ya descritas, que se pueden reconocer en la visión constructivista (en la cual el individuo que observa construye) y en la visión construccionista (en la cual el observador y lo observado son al mismo tiempo “construidos” y constructores del contexto relacional y cultural en el cual existen). De este modo, parece posible mantener una visión de verdad en grado de superar las dicotomías.

Principios y Supuestos Básicos

El modelo establece tres principios base en la conducción de las sesiones (Boscolo, L., Cecchin, Hoffman y Penn, 1989; Cecchin, 1987; Selvini, Boscolo, Cecchin y Prata, 1980):

1. Hipotetización. La hipótesis tiene la función de conectar los datos provenientes del escuchar y del observar: “La hipótesis, en sí misma, no es ni verdadera, ni falsa, sino más o menos útil” (Selvini-Palazzoli et al., 1980). Es importante que la hipótesis no sea reificada. En los últimos años, algunos grupos que en el pasado se inspiraron en el modelo de Milán y recientemente han optado por el modelo narrativo construccionista han sostenido la oportunidad de renunciar a las hipótesis, para evitar contaminar la historia del cliente con ideas, tipologías, o conocimientos traídos por el terapeuta. Las hipótesis permanecen como un instrumento útil en la conducción de la

sesión, en cuanto permiten al terapeuta conectar las informaciones, los significados, las acciones que surgen en el diálogo, según las coordenadas del tiempo y el espacio, con otros puntos de referencia eventuales. Una hipótesis es calificada como sistémica si considera a todos los componentes del sistema en juego y propone una explicación de sus relaciones, que no es ni verdadera ni falsa: es un instrumento de investigación. El terapeuta evalúa la plausibilidad de las propias hipótesis en base a las retroalimentaciones verbales y no verbales del cliente.

2. Circularidad. Principio a través del cual el terapeuta confía en estas retroalimentaciones para evaluar sus propias hipótesis y desarrollar otras nuevas hipótesis. Vale la pena recordar la definición original de este concepto: “Por circularidad, entendemos la capacidad del terapeuta de conducir su investigación basándose en las retroalimentaciones (...) y las informaciones solicitadas en términos de relaciones, es decir, en términos de diferencia y cambio” (Selvini-Palazzoli et al., 1980). Es importante cambiar continuamente las propias hipótesis, para evitar caer en la trampa de la “hipótesis verdadera”, que introduciría una mayor rigidez y cerraría el discurso.
3. Neutralidad. El terapeuta asumiendo una posición de neutralidad, evita ser parcial con un cliente o con las personas con las cuales establece contacto, evita adoptar ciertos valores morales y sociales en desmedro de otros y evita privilegiar un determinado curso de acción para un cliente. Es el tiempo, por ende la visión diacrónica, la que permite mantener la neutralidad. Para evitar la trampa de sobresimplificar la idea de la neutralidad, Cecchin propone describirla como la creación de un estado de curiosidad en la mente del terapeuta que lo lleva a la exploración e invención de puntos de vista y movimientos alternativos y los diferentes puntos de vista y movimientos engendran curiosidad.

Es a través del interrogatorio circular que el clínico crea curiosidad dentro del sistema familiar y del sistema terapéutico. Es una técnica empleada en el desarrollo de las hipótesis y en el sostenimiento de la neutralidad ofreciendo la posibilidad de socavar el sistema de creencias familiares usando el lenguaje de relación, se puede lograr a través de preguntas que implican patrones y no hechos. En el momento en que una pregunta sacude el sistema de creencias crea oportunidades para nuevas historias (Cecchin, 1987).

Fleuridas, Nelson, Rosenthal (1986) mencionan que la esencia de la circularidad no es su forma sino sus implicaciones pues las conductas y las creencias no ocurren en forma aislada. Una visión sistémica y comprensiva de la familia se focaliza en las relaciones de los miembros de la familia con su contexto ambiental, histórico, evolutivo e ideológico. Una perspectiva circular enfatiza las secuencias cíclicas de interacción que se interconectan con las creencias de la familia. Estos patrones de relaciones y creencias pueden servir recursivamente para perpetuar conductas y creencias disfuncionales.

Como premisas particulares del modelo encontramos (Mackinnon, 1983):

- Proceso vs estructura. Los sistemas en esencia representan un proceso continuo de conexión siempre cambiante. El sistema existe en virtud de su complejidad cambiante.
- Reflexividad vs jerarquía. El modelo ve las relaciones reflexivas y no pone énfasis en que alguien tenga influencia o responsabilidad mayor que otro dentro del sistema. El individuo actúa sobre el sistema, pero al mismo tiempo, es influenciado por la comunicación que recibe del sistema.
- Información vs conducta. En este enfoque en la información se encuentra el énfasis en las diferencias que caracterizan al modelo. El estilo de entrevista del terapeuta se basa en la investigación de las diferencias en las conductas, relaciones y eventos, y entre las diferencias de los miembros de familia con características individuales o alrededor de situaciones particulares.
- Enfoque evolutivo vs presente. Una parte de la epistemología del sistema es cómo se mira a sí mismo ahora y a su propia historia. Los terapeutas exploran las diferencias en las relaciones y conductas a lo largo del tiempo, antes y después de eventos nodales importantes en la historia de la familia y en relación a eventos hipotéticos del futuro con el propósito de tener un entendimiento más detallado de cómo los miembros de la familia perciben su pasado y cómo su familia llegó a ser tal como es ahora.
- La disfunción como transición. Para el modelo la disfunción se produce en los momentos de transformación natural, cuando el sistema es incapaz de dar un salto a una nueva forma de funcionamiento. Las familias patológicas muestran una extrema rigidez en las reglas que gobiernan su sistema, de tal manera que un rango muy estrecho de comportamientos es permitido.

- Estética vs pragmática. La comprensión de la familia se basa en descubrir los patrones que se conectan. Es un enfoque más estético que pragmático.

INTERVENCIÓN

Como ya se mencionó este grupo trabajó por más de diez años un enfoque propio de terapia sistémica familiar, cuya metodología en un comienzo se distinguió por ciertas técnicas como aparece a continuación: a) el uso de equipos de trabajo organizados según la teorías de género; un hombre y una mujer trabajan con la familia y otra pareja de hombre y mujer eran observadores detrás de un espejo unidireccional; b) la contraparadoja, que consiste en establecer el juego de la familia con el terapeuta, aprobarlo y fomentarlo; c) la connotación positiva del síntoma, que consiste en un mensaje con el que se le comunica a la familia que su problema es lógico y significativo dentro de su contexto; d) el uso de un proceso de hipotetización sistémico, en el que las hipótesis son circulares y relacionales, sirve para organizar los datos confusos anexos a un síntoma y dan sentido dentro del marco relacional de la familia; e) el cuestionamiento circular que se formulan con base en la retroalimentación de la respuesta anterior; y f) la neutralidad, entendida como la capacidad del terapeuta para evitar las alianzas con los miembros de la familia, para no hacer juicios morales o caer en enredos lineales.

Un tiempo después los integrantes de grupo de Milán se dividieron. Boscolo y Cecchin continuaron unidos y dieron a su trabajo un nuevo giro determinado por la influencia de la cibernética de segundo orden y las teorías socio construccionistas. Uno de los cambios más significativos ocurrió precisamente en la relación terapéutica al señalar la inclusión y participación del terapeuta dentro del sistema observado. La cibernética de segundo orden trajo a la terapia sistémica de La Escuela de Milán una nueva postura para el terapeuta, que lo involucra dentro de la descripción que éste hace acerca de lo que observa; es decir, el sistema significativo, conformado por todas las unidades (personas o instituciones) involucradas en el intento de aliviar el problema. Este cambio propició la construcción de nuevos principios en la terapia de Milán, como el de autorreferencia, el cual se refiere a que todo observador debe remitirse a su propia experiencia para autoobservarse, conocer la situación que experimenta el consultante y lo que ocurre en su relación. De esta forma, la pretensión de objetividad queda anulada y en su lugar se

sugiere apelar a la ética. Desde entonces, la Escuela de Milán ha cambiado la forma en la que entiende la neutralidad, concibiéndola como una actitud de curiosidad por parte del terapeuta (Arango y Moreno, 2009).

Éste último grupo plantea que en el trabajo terapéutico, el objetivo general es crear un contexto relacional de deuterio-aprendizaje, es decir, de aprender a aprender, en el cual los clientes puedan encontrar sus propias soluciones, sus posibles salidas de la dificultad y el sufrimiento. Con este fin, se explora el contexto en el cual viven y en el cual se manifiestan los problemas. Se busca conocer profundamente el sistema que se ha organizado alrededor del problema, es decir, los eventos, los significados y las acciones que inicialmente se han organizado en torno a ellos y las relaciones con los sistemas significativos (familia, grupo de pares, expertos, etc., incluyendo naturalmente al terapeuta) que contribuyen a la evolución y al mantenimiento de los problemas. Este trabajo de exploración permite llegar, junto con los clientes, a una definición compartida de los objetivos iniciales, que podrán ser después eventualmente modificados según aquello que surgirá en el transcurso de la terapia (Boscolo et al., 1989).

Tabla 4. Técnicas de intervención del modelo de Milán

| Intervención | Objetivos y características |
|----------------------------|--|
| Prescripciones directas | Se utilizan para observar la capacidad de cambio del sistema y para consolidar las transformaciones ya conseguidas a partir de intervenciones paradójicas o ritualizadas. |
| Prescripciones paradójicas | Prescripción de la secuencia patológica connotada positivamente. El procedimiento clásico, ahora prácticamente abandonado, consiste en: connotación positiva + redefinición + prescripción de la secuencia sintomática + un límite temporal arbitrario durante el cual la secuencia sintomática debe seguir vigente. |
| Connotación positiva | Cambia la atribución del problema de causas negativas a causas positivas o al menos a causas que no supongan intenciones hostiles. No se connota positivamente la conducta sintomática en sí, sino su relación con otras conductas más importantes, para las cuales el síntoma es en realidad una solución. |
| Redefinición | Modificación de la percepción cognitiva del síntoma, presentándolo desde otro marco conceptual distinto al de la familia. |

Fuente: elaboración propia con datos de Boscolo et al., 1989; 2008; Hoffman, 1987; Ochoa de Alda, 1976.

Tabla 4. Técnicas de intervención del modelo de Milán (*continuación*)

| | |
|-------------------------------|--|
| Preguntas | La información obtenida con las preguntas es recursiva, es decir, tanto los clientes como el terapeuta cambian constantemente su comprensión sobre la base de la información ofrecida por los otros. Informan respecto de las diferencias, las nuevas conexiones entre ideas, significados y comportamientos. Estas nuevas correlaciones pueden contribuir a cambiar la epistemología, o bien las premisas personales, las tesis inconscientes de los diferentes miembros de la familia. Se convierten así en una intervención quizá la más importante para el terapeuta sistémico. |
| Rituales | Evidencian el conflicto entre las reglas verbales de la familia y las reglas analógicas, prescribiendo un cambio de comportamiento, en vez de una reformulación hablada con un posible insight. El valor de ritualizar el comportamiento prescrito es el crear para la familia un nuevo contexto, de orden superior a aquello de la simple prescripción verbal del terapeuta. Los rituales especifican ya sea los aspectos formales como los de contenido y por lo tanto son únicos e irrepetibles. La prescripción ritualizada, en cambio, especifica los aspectos formales de la prescripción pero no el contenido, proporciona de esta manera una estructura formal utilizable con muchas familias en muchas circunstancias diferentes. |
| Diálogo | Con el desarrollo de la narrativa y del construccionismo social en los últimos años, se ha difundido el uso del término conversación para definir el complejo de los intercambios lingüísticos entre el terapeuta y el cliente. La mayor parte de los autores que adhieren a estas ideas los efectos de la terapia a la conversación misma. |
| Deconstrucción y construcción | En el proceso de hipotetización, el terapeuta conecta los elementos emergentes en el diálogo formulando una hipótesis (construcción) y verifica la plausibilidad de la hipótesis a través de las preguntas circulares, que provocan respuestas de las cuales emergen otros nuevos elementos (deconstrucción), que a su vez, llevarán a otras nuevas hipótesis, y así sucesivamente. |
| Reformulación | En los turnos de la palabra, con cierta frecuencia, puede recurrir a microreformulaciones (reframing), que resumen parcialmente lo que ha sido dicho por el cliente, pero de un modo diferente, que considera las ideas del terapeuta en el momento, observando al mismo tiempo el efecto sobre el cliente, en el sentido de cerciorarse si ha sido aceptado como reformulación. |
| Palabras clave | Palabras dotadas de un alto grado de polisemia, es decir, de palabras que dan al terapeuta la posibilidad de evocar del modo más eficaz dos o más significados. De las palabras del cliente, pero sobre todo de su lenguaje analógico, el terapeuta obtiene una orientación sobre los significados que este atribuye a sus intervenciones, ya se trate de preguntas, historias o metáforas. |

Fuente: elaboración propia con datos de Boscolo et al., 1989; 2008; Hoffman, 1987; Ochoa de Alda, 1976.

El modelo reconoce, a partir de los trabajos de Boscolo y Cecchin, la parte humana y sensible del terapeuta. Todos los profesionales reverencian entre las distintas categorías de experiencia ideas, interpretaciones, estructuras, metáforas, acciones, resultados, trastornos y estilo. Tales reverencias inducen constantemente al terapeuta a modelar la conversación y la entera terapia de acuerdo a sus propios deseos. La mayor preocupación del terapeuta es preguntarse cómo utilizarlas en modo ventajoso para todos los interesados (Cecchin, Lane y Ray, 1998; Rocha y Piedad, 2013).

Consideraciones Finales

Boscolo y colaboradores (1989) mencionan que no existen tipologías de familias o de clientes para los cuales la terapia sistémica de Milán sea no-aconsejable a priori. Lo que si existen son diferencias respecto a la indicación de una terapia sistémica familiar o individual. Es aún indicada primordialmente para todos aquellos casos en los cuales los pacientes no dan señales de independencia de la familia de origen, como los casos de psicosis, de personalidad infantil, de relaciones simbióticas, etc. Los niños o preadolescentes son también derivados a una terapia familiar o a veces a una intervención con los padres, para evitar la patologización. La terapia de pareja es indicada para los casos en los cuales los problemas a resolver son claramente referibles a problemáticas de pareja y no involucran significativamente otros miembros de la familia. Una terapia sistémica individual es, en cambio, indicada para adolescentes o jóvenes adultos que, al terminar una terapia familiar o de pareja en la cual están más o menos resueltos los límites intrafamiliares, parecen poder beneficiarse de una intervención sobre la persona, para enfrentar las dificultades en la vida externa a la familia y los dilemas relativos a la proyección de su futuro. Se propone una terapia individual a los cónyuges que piden una terapia de pareja rechazada desde la primera sesión por el otro cónyuge, o bien en los casos en los cuales los otros familiares abiertamente rechazan estar presente, presentando dificultades ineludibles de tipo económico o logístico. Además de los casos expuestos anteriormente de terapia individual de “segunda elección” (debido a la imposibilidad de una terapia familiar o de pareja), se han encontrado casos de “primera elección”, en los cuales desde el inicio se propone una terapia individual. Estos últimos casos de adolescentes y adultos de todas las edades que se presentan con una sintomatología más variada y que, parecen estar en una fase más o menos avanzada de desvincularse del sistema familiar.

1.3. Análisis y discusión de los temas que sustentan los casos presentados

Como se mencionó al inicio, este trabajo presenta el trabajo realizado durante la formación como terapeuta familiar, con padres e hijos, con énfasis en la adolescencia. Es por eso que en este apartado se realiza el análisis de los temas considerados pertinentes para contextualizar las intervenciones realizadas con las familias.

1.3.1. Hijos y padres en conflicto

Existe mucha información sobre la importancia de la familia en las personas. El ejemplo más típico es la teoría desarrollada por Bowlby sobre el apego y la importancia de los padres para el desarrollo presente y futuro del infante. Se establece como función de la familia, estructurar la personalidad y el carácter, además de aspectos afectivos, conductuales, sentimentales, de madurez y equilibrio, siendo uno de los principales agentes de promoción de la salud mental en la sociedad al ser la primera escuela generadora de comportamientos o estilos de vida (Vargas, 2009).

Como criterio cronológico, aunque influenciado por los cambios sociales, la adolescencia se divide en tres etapas: temprana, media y tardía, la última conocida como de resolución de la adolescencia, ubicada entre los 18 y los 30 años de edad. Es en ésta etapa en la que el adolescente se siente más próximo a sus padres, da prioridad a las relaciones íntimas, desarrolla su propio sistema de valores e identidad personal y social que le permite intimar. Además, se observa la concretización de la personalidad, la independencia económica y la armonía de los deseos y las elecciones (Gómez, 2008).

La importancia del clima social familiar estriba en que es el momento en que el individuo trata de independizarse, expandiendo cada vez más sus ámbitos relacionales, con una influencia marcada de la familia sobre su conducta (Vargas, 2009). Debido a las edades que presentan los hijos del primero caso desarrollado en este trabajo (17 y 20 años al momento de la intervención) y las características de la relación observada entre estos y sus padres, el análisis se realizará basado en los resultados de estudios que evalúan el clima familiar y el desarrollo adolescente y que ejemplifican claramente el conflicto presentado por la familia.

Las relaciones familiares que tienen lugar durante la adolescencia se han convertido en un tema que genera mucho interés entre investigadores y profesionales de la psicología. Esto se puede deber a que los mitos relacionados a la imagen negativa sobre esta etapa aluden al deterioro del clima familiar a partir de la llegada de la pubertad. La concepción de los adolescentes como indisciplinados, conflictivos y enfrentados a los valores de los adultos todavía es vigente en la actualidad (Oliva, 2006).

Muchos de los estudios realizados sobre la conflictividad familiar indican que, aunque en la adolescencia temprana suelen aparecer algunas turbulencias en las relaciones entre

padres e hijos, en la mayoría de las familias las relaciones se caracterizan por ser afectuosas y estrechas. En un porcentaje reducido de casos, el conflicto alcanza gran intensidad. Aquellos niños que atravesaron por una niñez difícil, serán adolescentes más conflictivos. Es necesario el rechazo a una imagen tan dramática de las relaciones entre padres y adolescentes y reconocer que la familia “es un sistema dinámico sometido a procesos de transformación, que en algunos momentos serán más acusados como consecuencia de los cambios que tienen lugar en algunos de sus componentes” (Oliva, 2006, p. 211). La interacción entre padres e hijos tendrá que transitar por la marcada jerarquización que caracteriza a la niñez para llegar a la igualdad y equilibrio de poder; características de las relaciones durante la adolescencia tardía y la adultez emergente (Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra, 2008; Oliva, 2006).

Estos cambios llevan a conflictos en la familia, entendidos como sucesos interpersonales diádicos relacionados con la oposición abierta que se manifiesta en desacuerdos, discusiones o peleas relacionadas con comportamientos, valores, intereses o puntos de vista sobre las cosas. En la actualidad, estos conflictos se consideran inevitables y positivos cuando están acompañados de una atmósfera de cariño y aceptación (Rodrigo, Máiquez y Triana, 2005).

Se ha observado que un ambiente positivo en la familia predispone a los adolescentes a desarrollar actitudes prosociales o tendientes a conservar las relaciones, como lo es el perdón. Es posible que los hogares con esta característica proporcionen un contexto más idóneo para el aprendizaje de habilidades sociales e interpersonales básicas. Aquellos que perciben relaciones menos positivas dentro de su familia, muestran predisposición para la venganza, entendida como la búsqueda intencional de desquite por medio de un castigo similar o superior al padecido. Los hijos desarrollan en el hogar gran parte de las cualidades que caracterizan la buena convivencia: tolerancia, respeto hacia los demás, etc. (Vargas, 2009).

Al ser la familia uno de los contextos educativos, socializadores y de transmisión de valores más importante para el niño y el adolescente, se desprende la necesidad de mantener la conexión padres-adolescente (Montañés, et al., 2008).

Se sabe que son los cambios en el adolescente y en sus padres los que provocan la modificación en los patrones de interacción: cambios hormonales propios de la pubertad, los cambios cognitivos como consecuencia del desarrollo del pensamiento operatorio

formal que lleva a que los jóvenes sean más críticos, el aumento de tiempo que pasan con el grupo de iguales. Esto trae como consecuencia que las expectativas de los padres se vean alteradas con frecuencia, causando conflictos y malestar emocional. Es obvio que no sólo las transformaciones en los adolescentes, sino también, momentos difíciles y de cambio significativo para muchos adultos están involucrados (Oliva, 2006).

En la infancia las interacciones entre padres e hijos relacionadas con las tareas de socialización servirán para construir un estilo interactivo en cada día. Es en la pubertad en la que los cambios intrapersonales entre padres e hijos representarán una perturbación del sistema familiar, que se tornará más inestable y generará un aumento en la variedad de patrones de interacción diádicos posibles, en este sentido, las discusiones y enfrentamientos convivirán con momentos de armonía y expresión de afectos positivos. Después del desequilibrio inicial, el sistema se irá estabilizando progresivamente, generando un nuevo patrón relacional caracterizado por la estabilidad, propia del clima existe antes de que las perturbaciones se presentaran. Los estudios longitudinales ponen de manifiesto la presencia de continuidad o estabilidad desde la infancia hasta el final de la adolescencia en las relaciones padres e hijos (Oliva, 2006).

Los estudios realizados con adolescentes y padres de familia plantean que las dificultades en la comunicación con los padres se asocian con la dificultad en la comunicación con los amigos, malestar físico y psicológico y consumo de tabaco y alcohol desde edades tempranas. Es así que ciertos tipos de ambientes familiares, caracterizados por la falta de comunicación o relaciones distantes pueden favorecer las conductas de riesgo en los adolescentes (Gómez, 2008).

En el estudio que llevaron a cabo Rodrigo, et al. (2005) se observó que los conflictos referidos más frecuentes se relacionan con la realización de tareas domésticas y la regulación de actividades cotidianas. Le siguen los conflictos relacionados con la personalidad, la regulación de las relaciones interpersonales, las conductas de riesgo para la salud y el dinero. Se encontró que los hijos e hijas tienden a tener una percepción más certera y “objetiva” sobre la frecuencia de conflictos familiares en comparación con sus padres. Ambos géneros perciben una mayor conflictividad en las relaciones entre hermanos y en las de padres e hijos. En relación a los conflictos padres-hijos/hijas, esto se puede explicar por la necesidad de los y las adolescentes de redefinir las relaciones, lo que aumenta su sensibilidad al respecto. En particular, las hijas tienden a percibir más conflicto en las tareas domésticas que el padre, esto se puede explicar por el tipo de

socialización en el padre y en la madre respecto a los roles de género que atribuyen a sus hijos e hijas, además de que el padre suele estar más ausente o no sentirse involucrado a la hora de exigir responsabilidad en las tareas domésticas.

Los adolescentes de ambos sexos se perturban más ante aquellos conflictos relacionados con su necesidad de ganar autonomía, de redefinir las relaciones bajo un marco más simétrico, caracterizado por la cooperación y la reciprocidad. Los padres, se alteran más por la promoción de normas y conductas que mejoren el comportamiento y la adaptación familiar y social de sus hijos. También se inquietan más que los hijos por ante aquellos conflictos surgidos en la relación de pareja y los hijos e hijas por los conflictos en las relaciones fraternales, esto se puede explicar por la inaccesibilidad respectiva de los padres a las relaciones fraternales y de los hijos al mundo de la pareja.

Las reacciones negativas de los padres ante el proceso de autonomía del hijo adolescente se pueden entender desde la sensación de utilidad para su hijo por parte de ellos, desilusionados por el deseo de autonomía de éste; al creer que lo conocen bien, temen dejarlo indefenso para afrontar la vida, los años de convivencia previos dificulta que se percaten que su hijo ha cambiado y que debe ser tratado de otro modo, abandonando los estilos autoritarios en favor de otros más democráticos. Cuanto más observan responsabilidad por parte de sus hijos, los padres ofrecen cuotas superiores de autonomía y viceversa (Montañés, et al., 2008).

Las relaciones entre los padres y los adolescentes se encuentran condicionadas, pero no determinadas, por el estilo educativo empleado en el contexto familiar: autoritario, democrático y permisivo. Por lo general, los padres no hacen uso de un solo estilo, sino que utilizan una combinación en función de las circunstancias y el momento. La educación, por lo tanto, se desenvuelve entre el afecto y el control. Un clima afectivo en la familia muestra un mejor ajuste y desarrollo psicosocial, más autoestima, mayor competencia conductual y académica. Un mayor control genera mayor ajuste escolar y menor implicación en actividades antisociales pero también, si en exceso, acarrea problemas de conducta y rebeldía. Es importante diferenciar entre ser padre y ser madre ya que ellas desempeñan un rol diferente y más íntimo basado en el apoyo, el interés y el compromiso (Montañés, et al., 2008).

El ambiente familiar negativo que se caracteriza por problemas de comunicación entre padres e hijos, constituye uno de los factores familiares de riesgo que más se ha

vinculado con el desarrollo de problemas de salud mental en los hijos (síntomas depresivos, ansiedad y estrés). La comunicación familiar abierta y fluida, donde se intercambian puntos de vista de manera clara, respetuosa, afectiva y empática entre padres e hijos, tiene efectos protectores ante los problemas de salud mental e influye de manera positiva en el bienestar psicológico del hijo (Estévez, Musitu y Herrero, 2005).

En su estudio, Gómez (2008) encontró que la dimensión familiar, en contraposición con la individual y la social, es más determinante para la presencia de situaciones de riesgo, ya que es el principal agente socializante donde se adquieren las pautas de ajuste a la vida adulta. La presencia de conflictos familiares, discusiones violentas entre padres e hijos y el consumo de drogas por parte de los padres aumentan la probabilidad de que los adolescentes participen en conductas de riesgo como son el consumo de drogas, violencia y deserción escolar. Como situaciones de riesgo vinculadas con la relación entre padres e hijos se encuentran: falta de comunicación y alejamiento afectivo, mensajes contradictorios acerca de la sexualidad y el consumo, el temor de los adolescentes para comunicarse con sus padres. Como factores protectores se encuentran: las buenas relaciones con hermanos y otros familiares, comunicación abierta y congruente relacionada con las consecuencias negativas del consumo además de mostrarse prohibitivos ante el mismo, información proporcionada por los padres sobre los riesgos de una sexualidad sin protección y la apertura para poder hablar con ellos sobre solución de problemas basados en un vínculo afectivo estrecho.

Montañés, Bartolomé, Montañés y Parra (2008) observaron que entre los factores de riesgo y protección, que predicen una mayor probabilidad para desarrollar cierto tipo de comportamiento en el entorno familiar, se encuentra un mal control por parte de los padres sobre las cosas que hacen sus hijos, dónde y con quién, se relaciona con conductas de riesgo como son la delincuencia, las drogas y el mal rendimiento académico. El control y la supervisión están en función del flujo de comunicación entre el joven y el progenitor. Como factores de protección destacan: avisar a dónde, con quién y qué se va a hacer, tener un límite de llegada, tener una buena relación con ambos padres, realizar actividades diversas en la familia, ser escuchado por los padres y tomar parte en la toma de decisiones, ser elogiados y reforzados, así como percibir interés por parte de los padres.

Por todo esto, se sugiere que en la intervención se reconozca que los conflictos surgen porque padres y adolescentes están intentando llevar a cabo sus tareas evolutivas y que

en el trabajo terapéutico no debe reducir, eliminar o evitar los conflictos, sino aprender a resolverlos adecuadamente. Los padres e hijos deben reconocer que unos y otros tienen metas evolutivas diferentes: mientras que los padres se preocupan en promover normas y conductas que mejoren el comportamiento y la adaptación familiar y social de los hijos, éstos reclaman autonomía y una relación más igualitaria. El objetivo sería utilizar los conflictos para evidenciar los diferentes puntos de vista, favorecer la comprensión de los roles respectivos y aprender a negociar los desacuerdos en un ambiente positivo y de cooperación mutua. Los conflictos se convierten en una oportunidad para el desarrollo de habilidades de negociación, convencimiento mutuo, tolerancia y asunción de responsabilidades (Rodrigo, et al., 2005).

1.3.2. Trauma sexual y funcionamiento límite

Las consecuencias psicopatológicas en la vida adulta de hechos traumáticos que tuvieron lugar durante la niñez y la preadolescencia han sido ampliamente abordadas (Weil, Florenzano, Vitriol, Cruz, Carbajal, Fullerton y Muñiz, 2004). El número, tipo y gravedad de las experiencias traumáticas, así como la edad en que se presentan son factores de riesgo importantes para la aparición de psicopatología en la vida adulta.

Como sabemos, en el desarrollo de la personalidad intervienen factores biológicos y ambientales, así como la interacción entre ambos; la personalidad es resultado de la combinación entre genes específicos y acontecimientos vitales acontecidos por la persona. Entre los factores ambientales se encuentran los llamados acontecimientos vitales, entre los cuales el abuso sexual infantil es uno de los más trascendentes; constituye un factor de riesgo para el desarrollo de diversos trastornos psicopatológicos en la edad adulta (Pereda, Gallardo-Pujol y Jiménez, 2011).

Las investigaciones realizadas establecen como variable que incide en el desarrollo de problemas psicológicos en víctimas de abuso sexual infantil el ambiente familiar disfuncional (Pereda, 2010). Se ha observado que hay climas determinados en los cuales es probable que un niño o una niña sea víctima del abuso sexual, viéndose forzado/a, muchas veces sin desearlo, a cooperar con el adulto abusador. Las condiciones de vida en la familia, la promiscuidad, la pobreza y el lugar en el que habitan, son algunos de los factores de peligro que posiblemente llevan a promover las condiciones de abuso. Se

observa entonces, la legitimización del abuso como estructura emotiva familiar; es el modo en que la familia convive. En el abuso, la acción violenta se esconde de todos, obligando a la víctima a callar, transformándola en cómplice involuntario (Apolloni y Pedrocco, 2008).

El abuso sexual infantil tiene implicaciones en la capacidad de las víctimas para relacionarse con los demás, tanto para establecer relaciones de amistad con adultos, como para la forma de relación con sus iguales. Se observa una peor salud mental en las víctimas, con una mayor presencia de síntomas y trastornos psiquiátricos en la edad adulta. La experiencia de abuso aumenta el riesgo de padecer trastornos depresivos, límite de la personalidad, de somatización, relacionados con sustancia, por estrés postraumáticos, disociativos y bulimia nerviosa (Pereda, et al., 2011; Vitriol, 2005). Entre las problemáticas asociadas con mayor frecuencia en víctimas de abuso infantil se encuentran: problemas emocionales, problemas de relación, problemas de conducta y adaptación social, problemas funcionales, problemas sexuales y revictimización. La sexualidad desadaptativa es la consecuencia más extendida del abuso sexual infantil. (Pereda, 2010).

Es el trastorno límite de la personalidad el que más se relaciona con la experiencia de abuso sexual infantil. Se define como un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y afectividad, así como la presencia de una elevada impulsividad que se puede reflejar en el abuso de sustancias, desórdenes alimenticios y conductas sexuales promiscuas. Si bien el trastorno límite no se asocia con ningún tipo de maltrato infantil, el abuso sexual infantil predice potentemente la sintomatología límite (Pereda, et al., 2011).

En el cuadro sintomatológico que caracteriza al trastorno límite se encuentra la impulsividad como protagonista, junto con la ausencia y la necesidad desesperada de un punto de referencia afectivo. La pobreza en los intercambios verbales así como la tendencia a trasladar directamente las emociones al plano de la conducta demuestran la intrusividad tan extrema del comportamiento límite. También se observa inestabilidad caótica de las situaciones familiares, abandonos y traiciones repetidos en los primeros años de vida y en la primera adolescencia, búsqueda insistente de figuras de apego y conductas antisociales con intentos de sabotaje de todo lo que se consigue construir en la vida adulta. (Cancrini, 2007).

Las personas que han sufrido de un trauma sexual o formas igualmente grave de malos tratos, necesitan de una intervención social y/o judicial, un trabajo psicoterapéutico y apoyo psicológico (Cancrini, 2007; Pereda, 2010).

Se sabe, por la protesta entre las feministas y muchos otros que se ocupan de las desigualdades, del abuso y de la violencia física, que la explicación sistémica no ha logrado conceptualizar las diferencias entre abusador y abusado y el problema de la responsabilidad individual que muchas veces sólo se comprende desde la lógica lineal y causal. En el caso de abuso o de abuso de poder es necesario tener una visión lineal-causal (Apolloni y Pedrocco, 2008).

Comprender las asociaciones e interacciones entre las experiencias de trauma infantil y las variables psicobiológicas de la persona durante el desarrollo de la personalidad, permite llevar a cabo tratamientos más efectivos mediante intervenciones personalizadas si no ha sido posible evitar la exposición al abuso sexual infantil (Pereda, et al., 2011).

Durante el tratamiento es importante que el profesional se escandalice sobre la historia, confirmando la gravedad de lo que ha sucedido con palabras y emociones que se expresan durante la sesión, haciendo énfasis en la ilegalidad de lo que se ha cometido (Cancrini, 2007).

La relación terapéutica debe favorecer un mínimo de seguridad y estabilidad, creando un ambiente capaz de ofrecer la dosis necesaria de afecto y de protección suficiente para retroceder en un plazo corto una condición de funcionamiento límite. Es importante la atención y escucha terapéutica para posibilitar la revelación del abuso, siendo útil para el tratamiento (Cancrini, 2007).

El trabajo psicoterapéutico demuestra que dejar hablar al dolor, encontrar a alguien que escucha con respeto y simpatía lo que ha sucedido y cómo se ha vivido, es fundamental para curar la compleja suma de síntomas con los que se manifiesta el trastorno postraumático ligado al abuso reciente o lejano en el tiempo. El paso siguiente será trasladar la atención, emotivamente intensa y potencialmente constructiva, sobre los temas propios de la vida actual de la persona (Cancrini, 2007).

CAPÍTULO III

DESARROLLO Y APLICACIÓN DE COMPETENCIAS PROFESIONALES

El objetivo de la maestría consiste en desarrollar en los alumnos las competencias requeridas para el ejercicio profesional de la psicología, de alta calidad, en los campos de la salud, la educación y sociales-organizacionales-ambientales, a través de una formación teórico-práctica supervisada en escenarios; así como en la enseñanza las habilidades para llevar a cabo investigación aplicada sobre la problemática social en dichas áreas y, por último, fomentar una actitud ética de servicio acorde con las necesidades sociales.

La Residencia en Terapia Familiar con enfoque sistémico y posmoderno, propone capacitar al estudiante en una especialidad de la Psicología de alta calidad en el área de salud. Esta especialidad, con su visión integrativa, permite abordar los problemas clínicos desde un ángulo interaccional entre el individuo y los otros sistemas sociales (pareja, familia, sociedad), tomando en cuenta los diferentes contextos en los que se desenvuelven (contexto social, institucional, cultural, político y económico, etc.), el lenguaje y la construcción de significados. Los estudiantes conocerán y aplicarán las modalidades de intervención de los modelos de terapia, así como su evolución histórica, desde los enfoques centrados en estructura, en proceso y en la construcción del significado. Conocerán también los fundamentos teóricos y filosóficos que los sustentan.

Las habilidades clínicas y terapéuticas, así como las habilidades de investigación, habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, el Programa de Intervención Comunitaria, las habilidades de compromiso y ética profesional y las constancias de asistencia a eventos académicos son el objetivo de este capítulo y se exponen en seguida.

1. Habilidades clínicas y terapéuticas

En este apartado se desarrolla la información relacionada con los casos atendidos en la formación, las sedes clínicas, el tipo de participación, número de sesiones, motivo de consulta y terminación del proceso así como la integración de los expedientes de trabajo clínico por familia. Continúa con el análisis y discusión teórica metodológica de la intervención clínica elegida y concluye con el análisis del sistema terapéutico.

1.1. Casos atendidos

La información de los casos atendidos durante la formación, el tipo de participación que tuvo la terapeuta en los procesos terapéuticos, la duración de los mismos y el tipo de problemática atendida se describen en la tabla 5.

Tabla 5: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar.

| | MODALIDAD | CASO | TERAPEUTAS | PARTICIPACIÓN | MODELO | SUPERVISOR | NUM. DE SESIONES | MOTIVO DE CONSULTA | ESTADO DEL PROCESO | SEDE |
|----|------------|-----------|---------------------|---------------|------------------|---------------------|------------------|---|--------------------|----------------------|
| 1 | Individual | M. E. | Elizabeth | Terapeuta | Estratégico | Martha López | 16 | Problemas con los hijos | Alta | Julián McGregor |
| 2 | Individual | S. S. | Elizabeth | Terapeuta | Estratégico | Martha López | 1 | Problemas con los hijos | Alta | Julián McGregor |
| 3 | Individual | P. F. | Elizabeth | Terapeuta | Estratégico | Martha López | 17 | Violencia de género | Alta | Julián McGregor |
| 4 | Individual | A. D. | Elizabeth | Terapeuta | Estratégico | Martha López | 14 | Problemas con los hijos y abandono por parte de la pareja | Alta | Julián McGregor |
| 5 | Familia | Fam. A | Elizabeth | Terapeuta | Estratégico | Martha López | 4 | Abuso de sustancias | Baja | Julián McGregor |
| 6 | Individual | L. V. | Elizabeth | Terapeuta | Estratégico | Martha López | 1 | Violencia de género | Baja | Julián McGregor |
| 7 | Individual | N. A. | Elizabeth | Terapeuta | Estratégico | Martha López | 6 | Divorcio | Baja | Julián McGregor |
| 8 | Individual | A. P. | Elizabeth | Terapeuta | Narrativa | Nora Rentería | 14 | Revelación de preferencia sexual homosexual | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 9 | Individual | S. | Elizabeth | Terapeuta | Sesión única | Nora Rentería | 1 | Violencia en la pareja | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 10 | Pareja | T. y M. | Elizabeth y Darío | Co-terapeuta | Estructural | Carolina Díaz-Walls | 6 | Infidelidad | Baja | Dr. Guillermo Dávila |
| 11 | Familia | Fam. M. | Elizabeth y Andrea | Co-terapeuta | Estratégico | Luz María Rocha | 14 | Problemas con los hijos | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 12 | Individual | D. H. | Elizabeth y Andrea | Co-terapeuta | Equipo reflexivo | Gilberto Limón | 3 | Problemas con los hijos | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 13 | Pareja | A y L | Elizabeth y Cecilia | Co-terapeuta | Estratégico | Noemí Díaz | 1 | Violencia de género | Baja | Dr. Guillermo Dávila |
| 14 | Familia | Fam. H. P | Elizabeth y Cecilia | Co-terapeuta | Estratégico | Noemí Díaz | 7 | Separación de la pareja | Alta | Dr. Guillermo Dávila |

Tabla 5: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar. (continuación)

| | | | | | | | | | | |
|----|------------|---------|--------------------|--------------------|------------------------|---------------------|----|--|------------|----------------------|
| 15 | Familiar | Fam. V. | Elizabeth y Paola | Co-terapeuta | Milán | Gerardo Reséndiz | 5 | Abusos sexuales | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 16 | Pareja | F y M | Elizabeth y Nancy | Co-terapeuta | Centrado en Soluciones | Miriam Zavala | 4 | Falta de comunicación y violencia de género | Baja | Dr. Guillermo Dávila |
| 17 | Individual | M. | Gabriela y Darío | Equipo terapéutico | MRI | Miriam Zavala | 8 | Separación de su pareja | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 18 | Familiar | L. | Gabriela y Darío | Equipo terapéutico | Estratégico | Noemí Díaz | 13 | Ausencia del padre | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 19 | Familiar | Fam. R. | Darío | Equipo terapéutico | Milán | Carolina Díaz-Walls | 5 | Violencia | En proceso | Dr. Guillermo Dávila |
| 20 | Familiar | D. y A. | Roxana y Darío | Equipo terapéutico | Estratégico | Luz María Rocha | 8 | Falta de apoyo por parte de ambos | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 21 | Pareja | M. y M. | Andrea y Darío | Equipo terapéutico | Soluciones | Miriam Zavala | 8 | Problemas de pareja | Baja | Dr. Guillermo Dávila |
| 22 | Individual | A. | Darío | Equipo terapéutico | Sesión única | Nora Rentería | 1 | Incertidumbre por la separación con su pareja | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 23 | Pareja | B. y P. | Darío | Equipo terapéutico | Narrativo | Nora Rentería | 7 | Problemas de educación con su hija | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 24 | Pareja | E y J | Cecilia y Victoria | Equipo terapéutico | Estratégico | Luz Ma. Rocha | 7 | Infidelidad | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 25 | Pareja | F y J | Cecilia y Gabriela | Equipo terapéutico | Equipo reflexivo | Gilberto Limón | 6 | Conflictos por manejo de la ira y falta de confianza | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 26 | Pareja | E y J | Cecilia y Paola | Equipo terapéutico | Soluciones | Miriam Zavala | 5 | Dificultades para llegar a acuerdos en la relación | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 27 | Individual | C. | Cecilia y Nancy | Equipo terapéutico | Equipo reflexivo | Gilberto Limón | 4 | Búsqueda de su propio proyecto de vida | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 28 | Individual | G. | Cecilia y Nancy | Equipo terapéutico | Equipo reflexivo | Gilberto Limón | 4 | Búsqueda de autonomía | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 29 | Individual | A. | Cecilia | Equipo terapéutico | Sesión única | Nora Rentería | 1 | Duelo | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 30 | Individual | G.A. | Paola | Equipo terapéutico | Narrativa | Nora Rentería | 12 | Cierre de ciclos y violencia de género | Alta | Dr. Guillermo |
| 31 | Familiar | T. y A. | Paola y Nancy | Equipo terapéutico | Estratégico | Noemí | 14 | Agresión del hijo y falta de límites | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 32 | Pareja | L. y J. | Paola y Nancy | Equipo terapéutico | Estratégico | Luz Ma. Rocha | 4 | Problemas de comunicación y violencia de género | Baja | Dr. Guillermo Dávila |
| 33 | Individual | S.L | Nancy y Anaíd | Equipo terapéutico | Centrado en soluciones | Gilberto Limón | 6 | Problemas de pareja y retomar proyectos | Alta | Dr. Guillermo Dávila |

Tabla 5: Casos atendidos durante la formación como terapeuta familiar. (continuación)

| | | | | | | | | | | |
|----|------------|-------------|---------------------------|--------------------|--------------|----------------------|----|--|-------------------------------------|----------------------|
| 34 | Individual | F.M | Nancy | Equipo terapéutico | Sesión única | Nora Rentería | 1 | Problemas en el área laboral | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 35 | Familia | L.S | Nancy | Equipo terapéutico | Milán II | Gerardo Reséndiz | 2 | Huida del hijo y problemas de comunicación | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 36 | Familiar | Fam. R | Andrea y Victoria | Equipo terapéutico | Estratégico | Noemí Díaz | 1 | Problemas con los hijos | Baja | Dr. Guillermo Dávila |
| 37 | Pareja | Fam. CL | Andrea y Victoria | Equipo terapéutico | Estratégico | Noemí Díaz | 11 | Violencia en la pareja | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 38 | Familiar | Fam. RF | Andrea y Victoria | Equipo terapéutico | Estratégico | Noemí Díaz | 7 | Alcoholismo, problemas con los hijos | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 39 | Familiar | Fam. MR | Andrea y Gerardo Reséndiz | Equipo terapéutico | Milán II | Gerardo Reséndiz | 8 | Duelo | En proceso | Dr. Guillermo Dávila |
| 40 | Familiar | Fam. AC | Andrea | Equipo terapéutico | Milán I | Carolina Díaz-Walls | 4 | Alcoholismo, problemas en los hijos | Baja | Dr. Guillermo Dávila |
| 41 | Pareja | Pareja G-S | Gabriela | Equipo terapéutico | Estratégico | Martha López | 7 | Problemas de pareja | Alta | Julián McGregor |
| 42 | Individual | M.C. C | Gabriela | Equipo terapéutico | Soluciones | Martha López | 4 | Problemas con su hija | Alta | Julián McGregor |
| 43 | Individual | A.M | Gabriela | Equipo terapéutico | Estratégico | Martha López | 10 | Problemas de relación con su hija | Alta | Julián McGregor |
| 44 | Pareja | E. M y J. I | Gabriela | Equipo terapéutico | Estratégico | Martha López | 8 | Problemas con los hijos | Baja | Julián McGregor |
| 45 | Individual | N. A | Gabriela | Equipo terapéutico | Estratégico | Martha López | 1 | Problemas de la hija | Canalización a terapia infantil | Julián McGregor |
| 46 | Familiar | Familia L-V | Gabriela, Anaid y Roxanna | Equipo terapéutico | Estratégico | Noemí Díaz | 7 | Problemas con los hijos | Canalización a terapia adolescentes | Dr. Guillermo Dávila |
| 47 | Familiar | Familia CL | Anaid y Roxanna | Equipo terapéutico | Estratégico | Noemí Díaz Marroquín | 10 | Problemas con su hija | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 48 | Individual | S. V. | Victoria | Equipo terapéutico | Estructural | Carolina Díaz-Walls | 10 | Problemas de pareja Crianza de hijo Violencia intra-familiar | Alta | Dr. Guillermo Dávila |
| 49 | Individual | S, V, | Victoria | Equipo terapéutico | Narrativo | Nora Rentería Cobos | 7 | Problemas de pareja | Alta | Dr. Guillermo Dávila |

1.2. Familia M. A.

A. Introducción

Modelo de Intervención: Estratégico

Tipo de supervisión: Directa

Espacio: Cámara de Gesell

Periodo de atención: de marzo a octubre de 2015

Número de sesiones: 12

B. Descripción de la familia

Consultantes:

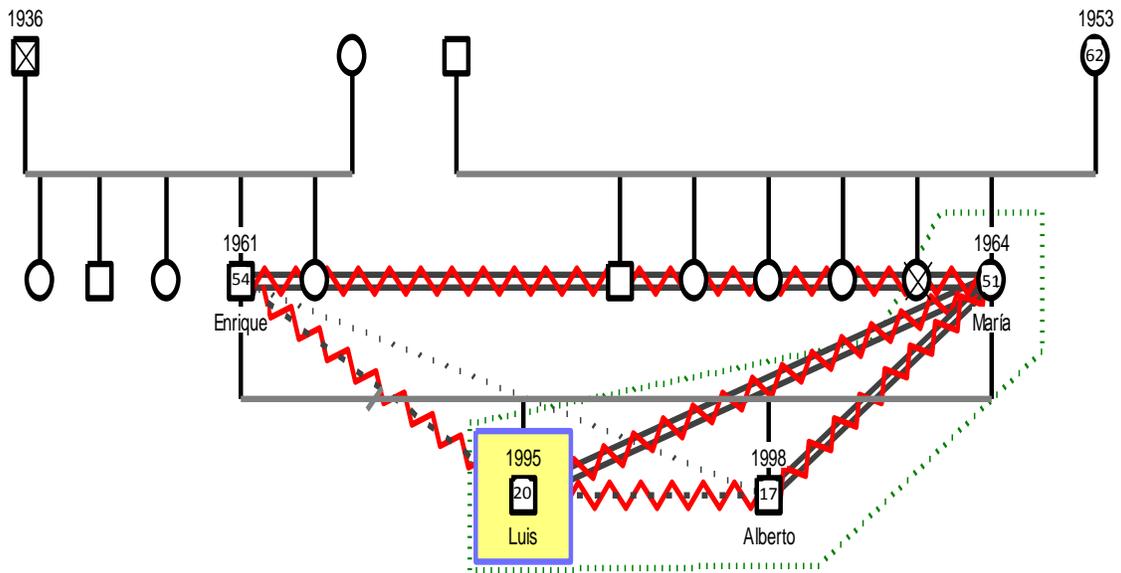
| | |
|---|--|
| <p><u>Padre</u>: Enrique Edad: 54 años Edo. Civil: (Casado) Separado Escolaridad: Licenciatura en Ciencias Políticas (Trunca) Ocupación: Empleado</p> | <p><u>Madre</u>: María Edad: 51 años Edo. Civil: (Casada) Separada Escolaridad: Bachillerato Ocupación: Secretaria</p> |
| <p><u>Hijo</u>: Luis Edad: 20 años Posición que ocupa: 1/2 Escolaridad: Licenciatura en Sociología (En curso)</p> | <p><u>Hijo</u>: Alberto Edad: 17 años Posición que ocupa: 2/2 Escolaridad: Preparatoria (Trunca)</p> |

Terapeutas: Aldrete Rivera Elizabeth y Anaya Acosta Andrea

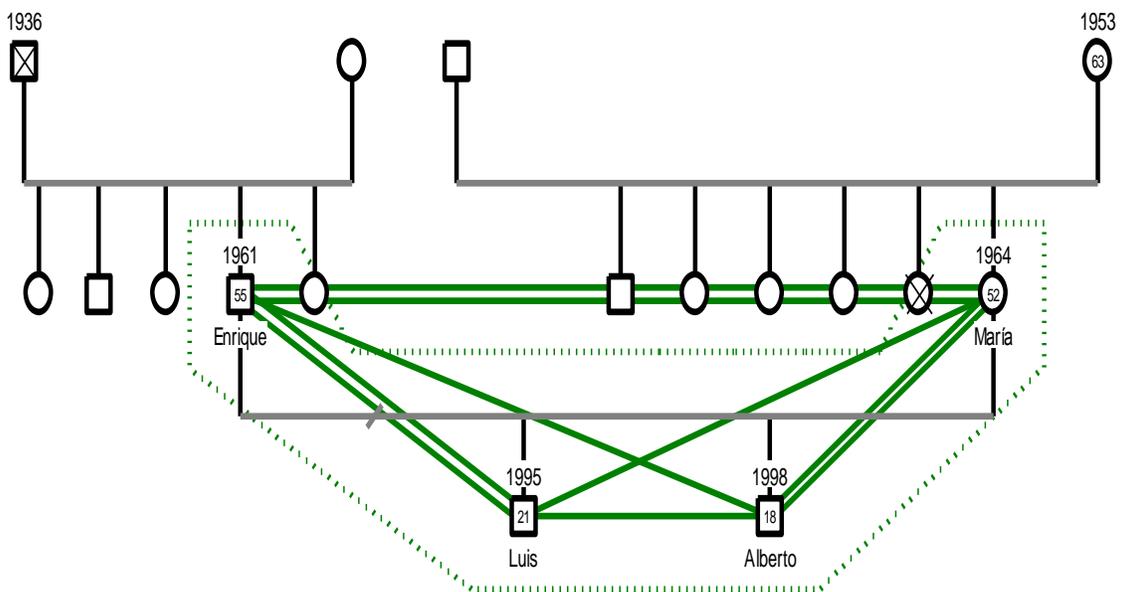
Supervisora: Luz María del Rosario Rocha Jiménez

Equipo terapéutico: Cervantes Camacho Victoria, Estrada Tosca Cindy Roxanna, Carreño Fernández Paola Anaid, Cervantes Galicia Gabriela, Fajardo Escoffié Elia Cecilia, Morales Aguilar Nancy Isabel, Villela Soto Luis Darío y Casas López Anaid Georgina

Familiograma:



Antes del tratamiento



Después del tratamiento



Motivo de consulta

Alberto solicita terapia individual y Luis es quien hace la petición de terapia familiar, esta información es proporcionada por la madre. Se les pregunta de manera personal el motivo de consulta:

- Enrique (Padre): Menciona que acuden por el bajo rendimiento escolar de sus hijos y porque siente que él es “la pieza que no encuadra en su familia ya que pretende llevarlos y ellos se quieren ir por otro lado”.
- María (Madre): Refiere que asisten por la” situación” de sus hijos, y porque se cuestiona si los problemas que tiene con su esposo pudieran estar influyendo en el comportamiento de los mismos.
- Luis (Hijo mayor): Indica que la razón por la cual acude a terapia es porque considera que la comunicación en la familia debe mejorar, hace énfasis en que este aspecto es más notorio en su relación con Alberto. De igual manera observa que la similitud entre su personalidad y la de su padre generan conflictos, las características que menciona es que ambos son testarudos y que intentan imponer la verdad. Respecto a la relación con su madre, menciona que ella es “un poco controladora” y que esperaría que no se comportara de esa manera.
- Alberto (Hijo menor): Refiere que desea mejorar la comunicación acerca de los problemas familiares, especialmente con sus padres, ya que considera que “no lo sienten capaz”.

Definición del problema

De acuerdo con Haley (2008) la familia como organización, se compone de personas que pertenecen a distintas generaciones, con ingresos variables y con distintos grados de inteligencia y destreza. Estas líneas jerárquicas se relacionan con las funciones de la

familia. La jerarquía principal es la que se relaciona con el límite generacional. En la actualidad, el status y poder máximo ya no corresponde a los abuelos, sino a los padres. Sin importar el ordenamiento adoptado, la familia debe organizarse jerárquicamente de tal forma que permitirá establecer reglas sobre quiénes tendrán mayor status y poder y quiénes no.

Una conducta inapropiada es el resultado de un trastorno en la comunicación, procedente de una organización que funciona inadecuadamente, debido a que las jerarquías están trastocadas o son difusas. En relación con lo anterior, la forma no acertada de actuar de Luis, no se debe a él sino al contexto de la situación en la que se encuentra. La conducta inadecuada, presente por confusiones en la jerarquía familiar, da como resultado perturbaciones en la forma de adaptarse al ciclo vital familiar por el cual está atravesando la familia. En la conducta desorganizada de Luis, el problema se ubica en la etapa de crisis por la que atraviesa la familia y la respuesta que tiene que dar no sólo al interior del núcleo familiar sino también a las expectativas sociales que deben cubrirse. El problema no radica en él mismo, sino en la forma en la que la familia responde tanto a los cambios que se van produciendo en el ciclo vital como ante los desafíos que los valores de las instituciones sociales, como son la escuela y el trabajo al que asiste, imponen al sistema familiar en este momento particular de su vida. Esto provoca cambios en el sistema familiar, en la organización, traduciéndose en jerarquías confusas (Galicia, 2004).

Las dificultades por las que atraviesa Luis, las perturbaciones que provoca y su fracaso en la vida se convierten en tema predominante en la vida de sus padres. El foco en Luis y la necesidad de estar a su disposición suministra a los progenitores un objetivo primordial: deben superar sus propias fallas y mantenerse unidos a fin de ayudarlo. En este sentido, el desquiciante comportamiento de Luis ejerce una influencia positiva sobre sus padres, aunque los tiranice, los asuste o los incapacite (Madanes, 2001).

Son dos las jerarquías incongruentes que son definidas simultáneamente en la familia. En una de ellas, Luis es incapaz, incorrecto y depende para su protección, sustento y abrigo de sus padres, quienes se hallan en una posición superior, proveen sus necesidades y cuidan de ellos; pero al mismo tiempo queda definida otra jerarquía en la cual los padres son dominados por los hijos a causa de su desvalimiento, sus amenazas o su peligrosa conducta (Madanes, 2001).

Las terapeutas se encuentran frente a una situación de incongruencia jerárquica familiar donde el hijo se halla en una posición de poder superior a sus padres. Las secuencias de interacción más frecuentes observadas son aquellas en las que los padres le dicen al joven lo que debe hacer pero él no lo hace. Se puede pensar además de una coalición entre madre e hijo, Alberto en este caso, contra el padre, ya que es el que interviene en las discusiones y la conducta de Luis como protección hacia el padre, al desviar la atención de los problemas conyugales hacia él, lo que favorece que el padre lo proteja a él, pero de manera inadecuada, advirtiéndose en esta interacción una incongruencia en la jerarquía de poder. El hijo protege en lugar de ser protegido.

El estrés familiar es mayor en los puntos de transición de una etapa del ciclo al otra y los síntomas aparecen con mayor probabilidad en los miembros de la familia cuando existe la interrupción o dislocamiento en el desarrollo gradual del ciclo vital familiar, señal de que la familia se ha estancado mostrando dificultades para transitar de una fase a otra debido al patrón emocional. El síntoma es una señal de que la familia enfrenta dificultades para superar una etapa del ciclo vital (Haley, 1983). Se observa que las reacciones negativas de los padres ante el proceso de autonomía de Alberto se pueden entender desde la sensación de utilidad para su hijo por parte de ellos, desilusionados por el deseo de autonomía de éste; al creer que lo conocen bien, temen dejarlo indefenso para afrontar la vida, los años de convivencia previos dificulta que se percaten que su hijo ha cambiado y que debe ser tratado de otro modo, abandonando los estilos autoritarios en favor de otros más democráticos. Es así que el hijo refiere la necesidad de autoridad pero que al mismo tiempo de flexibilidad (Montañés, et al., 2008).

Además, si bien no fue un objetivo explícito del tratamiento, en la relación de pareja, existe la presencia de infidelidad por parte del padre hacia la esposa, que en el momento de la intervención todavía mantenía. En este sentido, la conducta de los hijos, permite que su atención esté centrada en ellos y no en las dificultades que la pareja está teniendo para mantenerse juntos o separarse, de acuerdo a los deseos de cada uno.

Meta terapéutica

Las metas acordadas con los consultantes consistieron en:

- Que los padres desarrollen prácticas de crianza adecuadas, que combinen el afecto, la comunicación, el apoyo, con el fomento de la autonomía e individualidad.
- Que los padres establezcan límites, exijan responsabilidad y monitoricen las actividades que sus hijos realizan.
- Que los padres asuman una mayor importancia en su papel de guías de sus hijos que pueden sentirse desorientados frente al cambio y provisionalidad.
- Enseñar a los padres a apoyarse mutuamente, establecer acuerdos relacionados con la educación de sus hijos, en un intento por fortalecer el subsistema parental.
- Volver a movilizar el ciclo vital de la familia, para que el proceso de desarrollo, de los hijos y de los padres, pueda continuar a través de brindar a los padres recursos que puedan apoyarlos en su tarea educativa, a través de conocimientos y estrategias para aumentar su competencia con el objetivo de que contribuyan a la reducción de los problemas de ajuste interno y externo que caracterizan a sus hijos, facilitando la transición más saludable al mundo adulto.

Estrategia utilizada y resumen del proceso terapéutico

Las terapeutas intervinieron para modificar la secuencia interaccional más frecuente observada en la familia: que consisten en que los padres le digan a Luis lo que debe hacer pero él no lo hace. Se buscó que los padres le indiquen a su hijo lo que tiene que hacer y obedezca; fijen las expectativas que abrigan en relación a sus hijos y las reglas que estos deben seguir y establezcan las consecuencias que acarreará su incumplimiento. La estrategia empleada en este enfoque consistió en unir a los progenitores para que cumplan su función como padres y ayuden a su hijo a superar el problema, con el objetivo de introducir una mayor complejidad en la vida de la gente, al quebrar los ciclos repetitivos de conducta y generar nuevas alternativas conductuales y epistemológicas en el sistema familiar. El proceso consistió en generar en los familiares las secuencias comunicacionales que definen la jerarquía apropiada y en contrarrestar las maniobras comunicacionales que descalifican dicha jerarquía (Galicia, 2004; Haley, 1980; Ochoa de Alda, 1976; Madanes, 2001).

Es importante señalar que a pesar de que los padres indicaron problemas conyugales, éstos no se trataron de manera explícita hasta haber obtenido la mejoría de los hijos, que es el problema por el que la familia asistió. Se espera que un pequeño cambio en una importante relación familiar tendrá un efecto de dominó sobre otras relaciones, por lo tanto, el matrimonio puede mejorar, después de la mejora de sus hijos, porque por primera vez en años, los padres dejan de pensar en él, se redescubren el uno al otro y empiezan a pasarla bien (Hoffman, 1987; Ochoa de Alda; 1976).

Las terapeutas se centraron en resolver el ordenamiento jerárquico confuso, basado en las coaliciones intergeneracionales inadecuadas, a través del establecimiento de límites claros, de modo tal que los progenitores estén permanentemente en una posición superior al hijo mayor. Al cobrar ellos más poder, podrán abordar con más éxito sus propios problemas y el joven ya no precisará expresar metafóricamente las dificultades de sus padres. En este enfoque las terapeutas sólo tomaron en cuenta el significado literal de los mensajes, adoptaron la postura de que el joven debe trabajar e ir al colegio y ayudar en los quehaceres domésticos, así como evitar las drogas o la violencia y tener un par de amigos. Por lo tanto, las terapeutas aceptaron aquellos mensajes que definen a los padres como personas idóneas y adultos responsables, y desestimaron toda comunicación que implique que son débiles, incompetentes o desvalidos; sólo se alentó aquella jerarquía en la que los padres son los que están a cargo (Ochoa de Alda, 1976; Madanes, 2001).

La mayor parte de la tarea de la terapia consistió en organizar una jerarquía en la que los padres se encuentren en una posición superior a sus hijos. Los padres explicaron lo que pretenden que haga el joven y llegaron a un acuerdo acerca de estas expectativas, que fueron formuladas como reglas para el joven, siendo lo más concretas y prácticas que se puedan. La discusión de estas reglas y de sus consecuencias constituye el trabajo básico del tratamiento (Madhanes, 2001).

Se hizo uso del lenguaje y las metáforas que la familia, en particular el padre, traía a sesión para establecer ciertas ideas sobre las cuales se construye posteriormente. Esto acorde a uno de los principios del modelo que es facilitar la terapia hecha a la medida (González, 2004).

De acuerdo con las ideas del Doctor Erickson, se tuvo siempre presente los procesos vitales “normales” u ordinarios. Se puso atención en las características de la etapa del ciclo familiar por la que la familia atraviesa con la intención de favorecer la transición a la siguiente ya que esto constituye un paso crucial en el desarrollo de los individuos y de la familia (Haley, 1983).

C. Descripción del proceso terapéutico

Sesión 1.

Acuden a la sesión Enrique, María, Luis y Alberto.

El objetivo fue establecer el encuadre terapéutico, conocer el motivo de consulta, establecer el problema y las metas terapéuticas.

Es María la que comentó que la idea de acudir fue de Alberto, debido a que su padre fue infiel a su madre. Desde hace año y medio el padre ya no vive con ellos pero siguen en contacto. Luis espera que la comunicación familiar mejore, sobre todo con su hermano pues no lo buscó cuando empezó a tener problemas en la escuela. Alberto abandonó la escuela y se considera un “mal estudiante”. Después de haber trabajado, desea continuar con sus estudios y que su padre vuelva a vivir con ellos después de trabajar en su personalidad.

El foco de la sesión se centró en definir los problemas relacionados con la conducta de Luis. Se habló de que no cumple los acuerdos establecidos en relación a horarios para llegar a casa después de salir. Comentaron que cuando su hijo apagó su celular y no llegó a casa ellos hicieron las maletas para que se fuera. María piensa que parte de los problemas surgen porque su esposo pide una cosa pero hace otra.

Posterior a la intersesión, se planteó a la familia las consecuencias de hacer uso del control como método de crianza rígido, también se enfatizó la importancia de que la pareja se una como equipo para educar a sus hijos, a pesar de que ya no estén juntos.

Cuadro 1. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 1.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|---|--|--|
| Conocer el motivo de consulta | Preguntas lineales | Se investigó el motivo de consulta, los objetivos terapéuticos, los intentos de solución y se promovió la alianza terapéutica. |
| Describir la pauta problemática | Preguntas circulares: de explicación y significado del problema, acerca de sentimientos y emociones y de secuencias de interacción | Se exploró qué es lo que cada miembro de la familia percibe como problema y lo que lo mantiene. |
| Dar una explicación diferente de la realidad familiar | Consejo especializado | Se estableció el control rígido como impedimento para lograr lo que desean conseguir como padres. |

Fuente: elaboración propia con datos de Minuchin y Fishman, 1981; Rodríguez, 2004; Ochoa de Alda, 1976.

Sesión 2.

El objetivo de la sesión fue establecer puntualmente la pauta problemática y las metas terapéuticas.

Asisten a la sesión María, Enrique y Alberto.

Es el padre el que relata un percance con Luis. Se obtuvo información acerca de la situación y la resolución del mismo. En ésta ocasión Luis no llegó a casa como lo acordaron y fue motivo de discusión entre Luis, María y Enrique. Para el padre su ausencia ocasiona que su hijo no cumpla con las reglas.

Se habló de las solicitudes desiguales que hacen María y Enrique a sus hijos, los resultados que obtienen y la participación que deben tener para lograr sus objetivos. Se planteó la necesidad de que como padres estén en concordancia para establecer límites funcionales para ambos hijos, ya que si estos son rígidos o demasiado flexibles, ocasionan problemas entre ellos.

Se estableció el contexto que genera los problemas entre padres e hijos, relacionados con la educación rígida de Enrique y flexible de María, la ausencia del padre que imposibilita la comunicación directa con la madre y que genera falta de acuerdo para tomar decisiones en relación a las reglas del hogar.

Se abordaron los deseos del padre en relación a sus hijos, su esperanza en que se responsabilicen y las explicaciones que da de que no lo hagan. También se abordó el

punto de vista de la madre, su preocupación por que sus hijos estén bien y las dificultades que tiene para encontrar puntos de acuerdo con su esposo.

También se planteó la necesidad de que ellos logren ser firmes con las reglas que establecen en el hogar sin llegar al control o flexibilidad excesiva. Las consecuencias de irresponsabilidad observadas en los hijos y los efectos que éstas están teniendo en las relaciones familiares.

Al final se estableció como meta terapéutica abordar la problemática relacionada con la educación de los hijos y se pidió a los padres que establezcan los límites que desearían tener en su hogar y que asistan a la siguiente sesión únicamente ellos con el objetivo de abordar aquellos desacuerdos que tienen resultados negativos en la educación de sus hijos.

Cuadro 2. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 2.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|--|--|---|
| Describir la pauta problemática | Preguntas circulares: de explicación y significado del problema, acerca de sentimientos y emociones y de secuencias de interacción | Se exploró qué es lo que cada miembro de la familia percibe como problema y lo que lo mantiene. |
| Romper la pauta problemática | Preguntas circulares: de intervención en relación a conductas específicas | La comprensión del problema como la falta de firmeza con su hijo Alberto y de rigidez con Luis se presentó para que la familia explicara la diferencia. |
| Obtener información sobre las circunstancias que crean el problema | Preguntas circulares: de explicación y significado acerca del contexto | Se investigaron los resultados que ha tenido en la forma que los padres crían a sus hijos de acuerdo al tipo de educación que ellos recibieron. |
| Cambiar la definición del problema para que pueda solucionarse | Connotación positiva | Se destacaron las ventajas y la complementariedad del tipo de educación que cada padre tuvo y que ayuda a la relación con sus hijos. |
| Dar una explicación diferente de la realidad familiar | Consejo especializado | Se planteó a los padres que mientras más se hagan cargo de las responsabilidades que les competen a sus hijos, ellos menos lo van a ser. |
| Provocar cambios en el comportamiento de los consultantes | Tarea directa: pedir que se haga algo diferente | Se pidió a los padres que pensaran en las reglas que desean tener en su casa y cómo van a hacer que se cumplan sin comentarlas entre ellos. |

Fuente: elaboración propia con datos de Haley, 2008; Minuchin y Fishman, 1981; Rodríguez, 2004; Ochoa de Alda, 1976.

Sesión 3.

El objetivo de la sesión fue evaluar la realización de la tarea y los resultados obtenidos para empezar a establecer las reglas que en el hogar empezarán a tener vigencia.

María mencionó que desea que los acuerdos establecidos con Luis en particular se cumplan, describió una situación en la que su hijo fue de fiesta y no permitieron que se quedara más tiempo, como habían acordado. Sin embargo, hubo momentos de discusión entre Enrique, María y Luis porque el padre se enteró después de las ausencias de Luis en el hogar por parte de su hijo y no de su esposa.

Enrique mencionó que no reflexionó sobre la tarea, que él desea amor y respeto de su hijo y que termine de estudiar. A ambos les preocupa el consumo de alcohol que se ha vuelto más frecuente en Luis. María observa que Alberto se entera de las cosas que hará su hermano pero prefiere mantenerse al margen y no comentarles.

Enrique definió mejor lo que espera que su hijo tenga, mencionó que quiere que sea responsable, que obtenga las herramientas para que, cuando llegue el momento, se haga cargo de él mismo. En ese momento el padre comentó que él es alcohólico y que eso le ha traído muchos problemas, que sabe las consecuencias que tiene y que no quiere que sus hijos repitan el mismo error.

Después a la pausa con el equipo terapéutico, las terapeutas mencionaron que comprenden la preocupación que tienen en relación a que sus hijos no se responsabilicen de ellos mismos, de los riesgos que eso conlleva. Se plantea a Enrique cómo es que quiere que su hijo Luis en particular lo vea, no basado en lo que fue, sino a partir de ahora. Ésta idea se plantea como pregunta de reflexión para que el padre la elabore posteriormente.

Se pidió a los padres que para la siguiente sesión se reúnan para tomar un café y establezcan acuerdos en relación a cómo van a abordar los conflictos con sus hijos, cómo van a establecer reglas para que se cumplan, cuáles serán las consecuencias de no respetarlas y cómo le van a hacer para que sus hijos los perciban como un equipo que trabaja con un objetivo en común.

Cuadro 3. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 3.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|---|---|--|
| Describir la ejecución de la tarea directa | Preguntas lineales | Se investigó la realización y no de la tarea directa, así como el resultado que tuvo. |
| Describir la pauta problemática | Preguntas lineales | Se obtuvo información sobre en relación a qué surgen los problemas y se observó que la mayoría versan en relación a las salidas del hijo a compromisos sociales. |
| Conocer la definición y explicación que el padre da al síntoma | Preguntas lineales | Se clarificó el tipo de atribución causal que hace el padre en relación a la madurez de sus hijos. |
| Suscitar esperanza y optimismo en relación al problema | Preguntas reflexivas orientadas al futuro | Se invitó al padre a pensar qué tipo de ejemplo quiere ser para su hijo. |
| Establecer acuerdos entre los padres para fijar límites y unirlos como equipo | Tarea directa | Se pidió a los padres que pensaran en las reglas que desean tener en su casa y cómo van a hacer que se cumplan sin comentarlas entre ellos. |

Fuente: elaboración propia con datos de Haley, 2008; Ochoa de Alda, 1976; Rodríguez, 2004.

Sesión 4

Asisten a la sesión María y Enrique. El objetivo de la sesión fue revisar la realización de la tarea y los resultados obtenidos, así como establecer puntualmente cómo llevarán a cabo los acuerdos establecidos. También se estableció la pauta de interacción conflictiva entre los padres que favorece una jerarquía incongruente.

La tarea directa la realizaron un día antes de acudir a la sesión, María menciona que Enrique estableció que sus hijos deben obedecer a lo que se les solicite, así como contestar el celular y que la asistencia fiestas sería una vez por mes. Además, los permisos deben pedirse por anticipado y la principal es que no dejen el estudio y que, Luis en particular, obedezca. La relación padre-hijo estará controlada por el padre y se prestará al diálogo pero “no tanto”.

Se redefinió el término responsabilidad ya que se percibió una confusión con obediencia y entre ser un adulto legal y un adulto que se responsabiliza de sí mismo. Esto permitió que se hablara sobre el trato por igual que intentan dar a sus hijos y lo equivocado de hacerlo ya que las necesidades de cada uno son distintas.

Se aprovechó el tiempo de la sesión para establecer el área en que deseaba enfocarse la pareja para abordar los problemas de sus hijos y establecer las reglas necesarias. El tema relacionado con las salidas a fiestas de Luis se abordó y se estableció que se permitirían únicamente dos al mes, se fijó el horario y las consecuencias de no cumplirse.

Posterior a la pausa intersesión se habló con la pareja de la necesidad de controlar el consumo de alcohol de Luis, de continuar con las labores y los horarios aunque él llegue tarde o tomado de una fiesta al día siguiente. Se elogió a los hijos estableciendo que no son chicos malos, que son chicos buenos y que ellos han hecho un buen trabajo con ellos, que sólo necesitan ser más claros con las reglas y estar de acuerdo entre ellos para que el control que tengan sea más efectivo.

Cuadro 4. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 4.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|--|---|--|
| Cambiar la definición del problema para que pueda solucionarse | Redefinición | Se estableció la diferencia entre obediencia y responsabilidad y los efectos que esto podría tener. |
| Desarrollar metas de comportamiento parental | Preguntas reflexivas orientadas al futuro | Se investigó cómo podrían hacer para que sus hijos crezcan y se responsabilicen, sin provocar rebeldía en ellos. |
| Cambiar la actividad familiar | Metáforas | A la aseveración del padre en relación a que se da soltura a los hijos conforme realizan actividades que se les solicitan, como a un potro, se estableció que incluso con ellos las riendas se van aflojando para darle oportunidad de movimiento. |
| Cambiar la definición del problema para que pueda solucionarse | Redefinición | Se estableció la diferencia entre que Luis sea legalmente un adulto y que ya no necesite límites y guía por parte de sus padres, pues no es el caso. |
| Dar una explicación diferente de la realidad familiar | Consejo especializado | Se habló de las características de la adolescencia y las necesidades que cada uno de sus hijos tiene, relacionadas con la etapa particular por la que están atravesando. |
| Fijar reglas y definir límites intergeneracionales | Tareas dentro de la sesión | Se pidió a los padres que acordarán en la sesión sobre qué tema problemático con sus hijos iban a trabajar y establecieran el contexto necesario para que las reglas se cumplan. |

Fuente: elaboración propia con datos de Haley, 1981; Minuchin, 2012; Ochoa de Alda, 1976.

Sesión 5

El objetivo de la sesión consistió en consolidar los cambios propuestos por la pareja para lograr el establecimiento de límites funcionales para sus hijos. Esto se promovió con el trabajo realizado para alterar las explicaciones que el padre da al problema.

Al inicio de la sesión comentaron que su hijo Luis empezó a trabajar en una campaña política que ocupa su tiempo por las mañanas y permite que asista a la escuela por las tardes. Para el padre, que su hijo haya entrado a trabajar en algo que él estuvo insistiendo en que tomara en cuenta, lo acerca más a él, incluso lloró por unos minutos mientras explicaba qué significa para él que haya aceptado su propuesta y la preocupación que tiene porque podría descuidar sus estudios. María comentó que está más tranquila pero que percibe la insatisfacción de Luis en relación a la carrera que decidió estudiar.

Se habló sobre las decisiones que en ese momento toma Luis en relación a su futuro y el mensaje que recibió Enrique por parte de su hijo, haciéndole saber que lo quiere mucho y que sabe que debería de escucharlo más como padre. Se enfatizó la forma en que el padre está buscando acercarse a su hijo y los resultados que ha tenido.

María habló de los cambios que ha observado en Enrique y en la forma en que se acerca a Luis, sobre todo porque ahora lo escucha más. Está sorprendida de que la terapia le esté ayudando tanto. En ese momento Enrique solloza y menciona que no es fuerte, que su esposa lo es. María agrega que se siente muy mal por estar separada de Enrique y describe los problemas que han tenido relacionadas con la infidelidad y las reacciones violentas de él. Agregó que existe la posibilidad de que regresen a vivir juntos a casa de él, pero que es necesario que él termine con su amante y que se percate de que llega a ser agresivo verbalmente. Finalmente agrega que el trabajo se ha centrado en sus hijos pero no en ellos y que considera que para que estén bien con sus hijos, deben estar bien como pareja.

Posterior a la intersesión y después de haber observado que Enrique se cerró al diálogo y estuvo en desacuerdo mientras se abordaba el tema de la relación de pareja, se planteó que será importante trabajar en cómo van a hacer para que la expresión de las cosas que les enojan no les afecte de tal modo que el diálogo se pierda y no puedan llegar a acuerdos, además de la importancia de retomar el tema de su relación de padres con sus hijos, pues este tema se fue disolviendo a lo largo de la sesión.

Cuadro 5. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 5.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|--|----------------------|---|
| Cambiar la definición del problema para que pueda solucionarse | Connotación positiva | Las conductas que ahora está realizando Luis se establecieron como una búsqueda de lo que quiere y no como falta de responsabilidad por su parte. |
| Reencuadrar la concepción que el padre tiene del problema para que busque respuestas afectivas, cognitivas y de conducta, diferentes | Foco | Se puso atención en la nueva manera de interacción que el padre está teniendo con su hijo Luis y las palabras que utiliza para referirse a él, en términos positivos, cargados de afecto. |

Fuente: elaboración propia con datos de Minuchin, 1981; Ochoa de Alda, 1976.

Sesión 6.

El objetivo de la sesión fue retomar el trabajo para el establecimiento de límites, reglas y jerarquías congruentes con los hijos e indagar qué tanto se han seguido los acuerdos y las consecuencias que han establecido.

La pareja llega tarde y por separado a la sesión, comentan que ya están viviendo juntos pero que Enrique se adelantó porque María no estuvo lista a tiempo. Al evaluar si han tenido oportunidad de hablar con sus hijos en relación a las reglas que establecerán en casa, María comentó que no porque Luis no ha pedido permisos por el trabajo y Alberto ha pasado mucho tiempo en casa porque no está yendo a la escuela. Enrique mencionó que está preocupado porque no ha visto a Luis estudiando para presentar su examen para entrar a la carrera que quiere.

Al observar que Enrique y María están detrás de sus hijos para que realicen las responsabilidades asignadas o consigan objetivos personales, se planteó la importancia de que soliciten resultados finales y no supervisen el proceso. Enrique no estuvo de acuerdo ya que los resultados han sido negativos, como fue que Luis no se quedara en la carrera que quería. Sobre la renuencia para aceptar ésta intervención, se abordó la necesidad de establecer consecuencias claras y que los hijos las experimenten. Se observó que entre hijos y padre hay información que no se comparte y que favorece la percepción negativa del padre hacia ellos, por lo que se enfatizó que es necesario que establezcan acuerdos en cuanto a la crianza entre padres e hijos y que es importante que se establezcan con anticipación.

Enrique comentó que hasta el momento siguen despertando a su hijo Luis y se utilizó éste ejemplo para alterar la pauta que sostiene el problema. Se invitó a ambos padres a que intentaran hacer algo diferente, en ésta ocasión, no despertar a Luis y que se responsabilizara de llegar a tiempo a su trabajo. Se enfatizó en que hagan algo diferente porque lo que han estado intentado no ha funcionado. María agrega que ha observado que su hijo puede despertarse solo cuando ellos no están en casa y ella llama para saber cómo está y agrega que ellos como padres no han dado un buen ejemplo pues también son impuntuales. En ese momento se planteó la necesidad de dar pasos pequeños para alcanzar los objetivos, que si bien ellos ya han dado algunos, todavía hace falta trabajar.

Se habló con el padre nuevamente de la importancia que tiene que “suelte las riendas” un poco a lo que él agregó que le cuesta mucho trabajo hacerlo. Se señaló que es comprensible ya que se preocupa por sus hijos. Él menciona que teme que sus hijos vivan lo mismo que él, pero sabe que es algo que debe de hacerse y lo va a intentar.

Al regreso de la intersesión las terapeutas comentaron a los padres que el equipo sabe que su situación es difícil, realizar cambios implica esfuerzo y que han hecho lo que está en sus manos. Se les pide que como tarea no despierten más a sus hijos y les avisen de ésta nueva decisión para que estén enterados. Se les previene de las complicaciones a las que podrían enfrentarse, se aclararon las dudas de ambos y se dio por terminada la sesión.

Cuadro 6. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 6.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|--|--|---|
| Edificar una realidad diferente para la familia | Símbolos universales | Se planteó que como padres de adolescentes ya no es necesario que estén detrás de ellos para que cumplan, su labor es solicitar resultados finales. |
| Cuestionar la definición que la familia da al problema | Intensidad: repetición del mensaje | Se enfatizó la importancia de que no tomen en sus manos las responsabilidades de sus hijos. |
| Cambiar la actividad parental | Preguntas reflexivas: que exploran posibilidades hipotéticas | Se planteó al padre que considerará qué pasaría si en vez de levantar todas las mañanas a Luis, dejará que él lo hiciera solo. |
| Cambiar la definición del problema para que pueda solucionarse | Tarea directa: pedir que se haga algo diferente | Se pidió a los padres que utilizaran como oportunidad para hacer algo distinto el momento en que deciden no levantar a su hijo y observar qué pasa. |

Cuadro 6. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 6. (continuación)

| | | |
|--|---------------------------------------|---|
| Plantear los problemas y/o angustia como una respuesta natural y normal ante los eventos vitales | Elogio normalizador | Se planteó al padre que es normal que tenga temor de “soltar las riendas” un poco en relación a sus hijos, ya que se preocupa por ellos. |
| Reforzar las intervenciones hechas por las terapeutas | El grupo de consulta como coro griego | Se transmitió el mensaje del equipo a la pareja relacionado con elogiar el buen trabajo que han hecho para educar a sus hijos y la necesidad de hacer un poco de más de esfuerzo. |

Fuente: elaboración propia con datos de Haley, 2008; Minuchin, 1981; Ochoa de Alda, 1976; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990.

Sesión 7.

El objetivo de la sesión fue observar la realización de la directiva impartida la sesión anterior, evaluar los resultados obtenidos y abordar las dificultades que se presentaron en la realización de la misma para promover el establecimiento de límites funcionales.

A la sesión acuden Enrique y María. Comentaron que les está costando trabajo realizar la tarea pero que lo están intentando. Hablan sobre la dificultad de Enrique para que Luis realice las actividades que le corresponden en el hogar, ya que termina haciéndolas él. Alberto le ha comentado que, en este caso particular, deje los trastes donde los encontró, sin embargo, para el Enrique es difícil llevar a cabo esta recomendación. Para el padre el problema lo describe como que observa a Luis por arriba de ellos, porque no le hace caso cuando le pide que realice algo. Para María el problema surge en la manera en como su padre solicita las cosas: de mala forma, agresivo y que es lógico que Luis reaccione así, agresivamente. Esto es algo que observa que pasa no solo con él sino también con ella y Alberto. Cuando Enrique agregó que sigue esperando que Luis cumpla la instrucción en el momento se planteó la necesidad de recurrir a nuevas formas para conseguir objetivos porque ésta no ha dado resultado. Se pidió a los padres que en la sesión ejemplificaran cómo le pedirían las cosas a Luis para que las lleve a cabo, sin que se sienta agredido y favoreciendo que asuma la responsabilidad solicitada. Enrique se percató en ese momento que constantemente “suelta y afloja”, que le serviría mucho el apoyo de María. Se investigó más sobre a qué se refiere con apoyo y mencionó que ella secunde sus decisiones. Al hablar sobre los desacuerdos que existen entre ellos relacionados con prestarle el carro a Luis, que incluso es más fácil que se lo presten al hijo que al esposo, se estableció que parecía que el padre era más hijo que padre. Esto permitió que María

mencionara que hay cosas de las que se entera en las sesiones que piensa su esposo. Habla de las dificultades de vivir una infidelidad, retoma el tema de la tarea y comenta que sí observa que su hijo está asumiendo responsabilidades. El padre responde que prefiere hablar de los temas delicados en la sesión porque afuera no tiene el control que proporcionan las terapeutas.

Después de la intersesión se plantea una nueva directiva que consistió en que establezcan la consecuencia de que Luis no pase su examen para ingresar a la universidad. También se les pide que establezcan las consecuencias de no hacerse responsables de las labores domésticas, que lo comuniquen con sus hijos y se puntualiza que los sermones no los están ayudando para conseguir lo que quieren, que incluso generan más conflicto.

Cuadro 7. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 7.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|---|---|---|
| Cambiar la actividad familiar | Metáfora | Se retomó la metáfora del caballo y la importancia de que ellos sean los que tienen las riendas, ya que la manera en la que las dirijan será la manera en la que el caballo se va a conducir. |
| Obtener información sobre la definición familiar del problema | Preguntas lineales | Se investigó qué es lo que espera el padre de su esposa para considerar que ésta la apoya en la educación de sus hijos. |
| Desafiar de forma directa el significado que el consultante da la situación sin proporcionar un nuevo marco | Desenmarcado | Se planteó la posición del padre dentro de la estructura familiar como la del hijo cuando hablan de las facilidades que tiene su hijo y de las que no goza él. |
| Cambiar la definición del problema para que pueda solucionarse | Tarea directa: pedir que se haga algo diferente | Se pidió a los padres que utilizaran como oportunidad para hacer algo distinto el momento en que deciden levantar a su hijo y observar qué pasa. |

Fuente: elaboración propia con datos de Haley, 2008; Ochoa de Alda, 1976; Cade y O'Hanlon, 1995.

Sesión 8.

El objetivo de la sesión fue evaluar la realización de la directiva, abordar los resultados y dificultades que se hayan presentado y si los cambios en la dirección deseada se están dando, trabajar en su mantenimiento.

Al inicio de la sesión Enrique comentó que Luis le pidió que lo levantara para que estudiar en la madrugada del domingo, él lo hizo y después de dos intentos y la renuencia para despertarse de su hijo regresó a su cama a intentar dormir. Luis más que molesto se mostró triste porque pensó que no fueron a levantarlo, no recordaba que su padre si fue. Se investigó cómo fue la experiencia para Enrique y las dificultades a las que se enfrentó. Comentó que se percató que, a diferencia de otras ocasiones, si insistía solo llevaría a una discusión y prefirió evitar el conflicto. Además de que la responsabilidad es de su hijo pues ya no es un niño.

A continuación se abordó el tema de los trastes y el préstamo del automóvil. Comentaron que a Luis le ha costado cumplir con lavar los trastes pero que lo ha logrado y en cuanto al auto no ha habido oportunidad porque ha estado estudiando.

Se investigó cómo han respondido Alberto y Luis a los cambios que sus padres han estado haciendo. Comentaron que Luis aprobó un examen y pedirá revisión de otro y que está apoyando en la casa aunque a veces no desea hacerlo. Alberto hace berrinches y María agrega que a veces se interpone para frenar las peleas entre sus padres, ella le ha pedido que no intervenga.

Se puso atención en la tranquilidad que ambos padres transmiten a las terapeutas. Enrique comentó que se debe a que han estado trabajando en equipo, poniendo más atención a su esposa. Aclara que se siente tomado en cuenta por ella y que además percibe que acepta más lo que él opina. Al preguntar a María si percibe estos cambios, menciona que sí, que se han unido como padres, que eso ayudado a que se acerquen como pareja y que Luis ha puesto mucho de su parte, lo que ha traído como resultado una mejora en sus hijos.

Al regreso de la intersesión se elogió el esfuerzo que ambos están realizando para alcanzar los objetivos que desean para su familia. Se aclaró que quizá tengan temor pero que verán los frutos de hacerlo y que es necesario que continúen poniéndose de acuerdo. Finalmente se les pidió que a la siguiente sesión asistieran sus hijos para abordar estos acuerdos.

Cuadro 8. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 8.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|---|---|---|
| Obtener información sobre la experiencia ante una solución diferente | Preguntas lineales: de explicación de sentimientos y reacciones | Se indagó cómo fue la experiencia del padre cuando puso en práctica los acuerdos establecidos para establecer límites a su hijo. |
| Obtener información sobre la definición familiar del problema | Preguntas circulares: de explicación acerca de conductas de interacción | Se investigó la reacción de ambos hijos ante los cambios que sus padres han hecho para que asuman sus responsabilidades |
| Centrar la atención en los cambios observados en la familia | Foco | Se destacó que ambos padres se perciben más tranquilos como consecuencia de los cambios que han estado poniendo en práctica |
| Distinguir patrones de conducta y su importancia en el mantenimiento del problema | Preguntas reflexivas: preguntas que convierten al interrogado en observador | Se evaluó el efecto que perciben ambos padres en sus hijos a partir de los cambios realizados en la interacción familiar. |
| Introducir en el diálogo a personas significativas para el consultante | Preguntas reflexivas: preguntas que convierten al interrogado en observador | Se obtuvo información sobre la opinión que tendría Luis de los cambios que sus padres han hecho |
| Plantear la angustia como una respuesta natural y normal ante los eventos vitales | Elogio normalizador | Se puntualiza que si bien los cambios que están realizando pueden generar temor, pronto se darán cuenta de los resultados positivos |

Fuente: elaboración propia con datos de Boscolo y Bertrando, 2008; Minuchin; 1981; Rodríguez, 2004; Ochoa de Alda, 1976.

Sesión 9.

El objetivo de la sesión fue conocer cómo ha estado la situación familiar después de las vacaciones administrativas, establecer los movimientos que la familia ha hecho para alcanzar la mejoría deseada y el mantenimiento o no de los cambios observados en los padres.

Acuden Enrique, María y Alberto. El padre comentó que observa que el propósito de asistir a terapia se está alcanzando, ya que ha logrado ser más tolerante, al tratar de no trata de imponer sus ideas, aunque ha sido difícil para él.

Se investigó si la pareja está viviendo junta. Mencionan que sí, que decidieron continuar con su relación, pero que deben mejorar la casa de Iztapalapa en la que están viviendo.

Se investigó la perspectiva de Luis en relación a los cambios ocurridos en su casa. Comentó que observa mejoras en la comunicación, incluso en su hermano. Se investigó a qué se refiere con “mejor comunicación” y señala que por ejemplo, su padre les marca por las noches todos los días, que antes lo hacía cada tercer día. Se siente mucho mejor con su familia y con él mismo. Se reincorporó a la preparatoria, para él esto significa que ha madurado intelectualmente porque observa un avance; está más concentrado en sus actividades y deberes escolares y no deja las cosas para después. En relación a su hermano menciona que ha salido, su padre añade que no está de acuerdo con esto pero que ha tenido que aceptarlo y María comenta que ha estado más en casa y que entre él y Alberto observa que se comunican más.

Al hablar de la concesión de permisos en el hogar, María accede normalmente y Enrique no. Piensa que él es el malo porque no les permite salir, sin embargo, María piensa que ambos hijos no han estado en igualdad de condiciones porque a Luis se le otorgan y a Alberto no.

Se habló de la diferencia entre los hijos en relación a las reacciones que tienen hacia las respuestas de sus padres. Enrique comentó que José no hace berrinches ni intenta obtener lo que quiere. Alberto menciona que para su padre, Luis es un “desbalance” y María lo confirma diciendo que Luis “los maneja”, sin embargo, sabe que los que tienen que hacer cambios son ellos porque si fueran firmes su hijo acataría las ordenes. El padre habló de la rebeldía de Luis y la pasividad de Alberto, esto provocó en Alberto que se sintiera etiquetado, ya que la pasividad para su padre es algo negativo. Lloró en la sesión y comentó que necesita que su familia no le ponga esta etiqueta y que comprendan que aunque es muy sensible, o es la única faceta de su personalidad. Comenta que la violencia no es la manera en la que se quiere relacionar con su entorno. El padre intentó resaltar la necesidad de que Alberto tome terapia individual pero se aclaró que eso sería decisión de él.

Posterior a la intersesión se planteó la importancia de que los padres continúen trabajando en equipo, que sigan en constante comunicación y establezcan acuerdos para mantener los cambios. También se mencionó que si los padres pueden negociar entre ellos, también podrán hacerlo con sus hijos. El equipo felicitó a la familia por las veces en que han logrado negociar.

Cuadro 9. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 9.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|--|---|--|
| Distinguir percepciones y su importancia en el mantenimiento del problema | Preguntas reflexivas: que convierten al interrogado en observador | Se evaluó la perspectiva que tiene Alberto de los cambios que ha habido en su hogar. |
| Plantear los problemas y/o angustia como una respuesta natural y normal ante los eventos vitales | Elogio normalizador | Se planteó como algo común que entre padres existan diferencias de opinión, pero que deben de ponerse de recurrir al diálogo para lograr acuerdos. |
| Cambiar la definición del problema para que pueda solucionarse | Redefinición | Se establece la rebeldía de Luis como persistencia y la pasividad de Alberto como prudencia. |
| Apoyar ciertos aspectos de la familia que necesitan refuerzo | Elogio | Se elogió que la familia pueda en ciertos momentos negociar para alcanzar los cambios que desean. |

Fuente: elaboración propia con datos de Haley, 2008; Minuchin y Fishman, 1981; Ochoa de Alda, 1976; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1990.

Sesión 10.

El objetivo de la sesión fue conocer los cambios que la familia percibe desde que acuden a terapia y evaluar cómo es el manejo de las emociones en la familia ya que es un área olvidada en la misma.

Acudieron Enrique, María y Alberto. Alberto comentó que ha estado muy estresado con las actividades de la escuela y que incluso ha estado de mal humor. Describió una situación en la que discutió con su hermano y su madre tuvo que intervenir para detenerla. Al indagar qué de esto le molestó, respondió que en situaciones como ésta se denota las diferencias en el trato entre hijos, porque a Luis no lo tienen tan vigilado como a él. Al padre agrega que el trato infantil que se le da a Alberto es responsabilidad de María porque, como sucede en las sesiones, lo interrumpe para terminar las ideas que él inició. Las terapeutas señalan que esto es responsabilidad de ambos y que han hecho cosas para fomentarlo. Alberto responde describiendo otros ejemplos en los que se observa las ventajas de Luis sobre él. Piensa que a diferencia de su hermano, está menos protegido pero sí más vigilado, así como poca comprensión pero sí muchas obligaciones, como si las reglas aplicaran a él pero no a su hermano y termina diciendo que piensa que sus padres dudan de sus capacidades académicas.

Se investigó qué es lo que necesitaría Alberto para sentir bienestar. Mencionó que reconocimiento por parte de sus padres; disposición para reconocerlo y respetarlo, que le

den espacio. De María le estresa que este sobre de él, con el estrés de la escuela sólo quiere descansar. Enrique interrumpe para agregar que le preocupa que su hijo no socialice y Alberto comenta que no es que tenga dificultades en esa área, simplemente disfruta de la soledad.

Se señaló que es necesario establecer límites a Luis y se investigó que cosas podrían hacer Enrique, María y Alberto para mejorar la relación con Luis. María defiende a Luis diciendo que Alberto tiende a estar mucho en contra de él, sin embargo ambos padres coinciden en que el diálogo es importante, además de establecer igualdad en el trato que tienen hacia ambos hijos.

Al regreso de la intersesión se destacaron las actitudes que cada uno está teniendo para el bienestar familiar, los logros que el equipo terapéutico ha percibido: Luis dedicándose a la escuela, María al pendiente del bienestar de sus hijos y Enrique más reflexivo, receptivo y escuchando las propuestas que se hacen.

Se señaló la confusión en los roles y actitudes que se espera de cada uno y se aclara que ambos hijos tiene la edad necesaria para hacerse responsables de ciertas cosas sin que sus padres tengan que estar recordándoselas. Se pidió nuevamente a los padres que establezcan las actividades que a cada uno de los hijos le corresponde realizar una sola vez y las consecuencias de no hacerlo.

Las características que en algún momento fueron descritas como negativas en Alberto se redefinieron como positivas en el sentido de que funcionan en una sociedad en la que los hombres han sido socializados para reprimir sus emociones y sensibilidad. Finalmente se sugirió una reunión familiar para que cada uno exponga sus necesidades y deseos, alentando la escucha activa por parte de los demás.

Cuadro 10. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 10.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|---|---|---|
| Desarrollar metas | Preguntas reflexivas orientadas al futuro | Se evaluó qué tendrían que hacer los padres para que Alberto tenga una sensación de bienestar. |
| Construir la realidad como si el cambio deseado estuviera ya ejecutándose | Repartir los méritos | Se centró la atención en aquellas actividades que cada uno de los miembros de la familia está realizando para facilitar el cambio |

Cuadro 10. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 10.
(continuación)

| | | |
|---|---|--|
| Dar una explicación diferente de la realidad familiar | Consejo especializado | Se planteó nuevamente que los hijos tienen la edad necesaria para hacerse responsables de algunas actividades y que no necesitan que los padres estén detrás de ellos recordándoselas. |
| Provocar cambios en el comportamiento de los consultantes | Tarea directa: pedir que se haga algo diferente | Se convocó una reunión familiar para que cada uno exponga lo que necesita y que los demás escuchen activamente las solicitudes hechas. |

Fuente: elaboración propia con datos de Haley, 2008; Minuchin y Fishman, 1981; Ochoa de Alda, 1976.

Sesión 11.

El objetivo de la sesión fue evaluar el resultado que tuvo la realización o no de la tarea establecida la sesión anterior, fomentar la visión de los hijos como adultos jóvenes y establecer la búsqueda de espacio y socialización como tareas de la adolescencia.

Acudieron Enrique, María y Alberto.

María comentó que ya no estuvo diciendo a Alberto qué es lo que debía de hacer, sin embargo, él no cumplió con sus deberes. Se observó que ella realiza las cosas cuando no se cumplen en el momento en el que lo solicita. A pesar de no cumplir porque tiene que salir corriendo a la escuela y termina cumpliendo más adelante en el día, Alberto comentó que se sintió más libre por no tener a su mamá detrás de él. Enrique comentó que su hijo está haciéndose responsable de su persona, pues acude a tiempo a la consulta con el dentista ya que utiliza brackets.

Se habló de las cosas que ellos como padres están haciendo para promover en Alberto la responsabilidad, o si están siendo cómplices de la irresponsabilidad.

Se investigó qué cambios observan en Alberto. María comentó que valora más la escuela y que cumple con la solicitud de que le avise cuando sale. Agregó que le está costando no estar al pendiente de él pero que está tratando de darle la libertad que pidió. Ahora que sale más ella reflexiona en que lo veía como un niño chiquito y que le está costando dejarlos ir. Se normalizó la dificultad que está experimentando y se hizo la pausa con el equipo terapéutico.

Al regreso se felicitó a la familia por los cambios observados en su relación, que si bien son difíciles, son pasos grandes los que han dado. Se invitó a Alberto a responsabilizarse para que pueda ejercer su libertad.

Cuadro 11. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 11.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|---|--|--|
| Puntualizar las soluciones que promueven el cambio | Preguntas circulares: de explicación y significado de las soluciones | Se investigó cómo los padres están ayudando a que Alberto se haga más responsable. |
| Distinguir patrones de conducta y su importancia en el mantenimiento del cambio | Preguntas reflexivas: que convierten al interrogado en observador | Se evaluó la percepción que tienen los padres en relación a los cambios que Alberto ha estado haciendo. |
| Facilitar el tránsito entre una etapa del ciclo vital familiar y otra | Normalización | Se estableció que los sentimientos que María tiene relacionados con dejar ir a sus hijos y ya no tratarlos como niños pequeños, es común de la etapa por la que están atravesando. |
| Reforzar las intervenciones hechas por las terapeutas | El grupo de consulta como coro griego | Se elogiaron los cambios que la familia ha estado haciendo para alcanzar sus objetivos terapéuticos. |

Fuente: elaboración propia con datos de Haley, 2008; Minuchin y Fishman, 1981; Ochoa de Alda, 1976.

Sesión 12.

Debido a que los objetivos establecidos con los consultantes se alcanzaron y por cuestiones administrativas no fue posible continuar con el tratamiento, se decidió que ésta sería la última sesión de la familia.

El objetivo de la sesión por lo tanto fue establecer claramente los cambios que la familia ha logrado, el efecto que éstos han tenido en cada uno, el trabajo que queda por hacer y las dificultades con las que podrían encontrarse.

Acudieron Enrique, María y Alberto. Se resumió el proceso iniciando por el motivo de consulta, donde el padre aclaró que llegaron por el bajo rendimiento de Alberto para después centrarse en el establecimiento de límites, sobre todo a Luis. Comentó que se ha percatado de un cambio significativo en su hijo Alberto, confía más en él, observa su compromiso con la escuela y que se ha alcanzado el objetivo en relación al rendimiento, que en cuanto a los límites no fue tan necesario porque él es disciplinado. En su hijo Luis ha notado un cambio en su actitud, que ahora es más positiva aunque siguen habiendo jalones.

Se investigaron las cosas que están haciendo para que las cosas mejoren con los demás. María comenta que ya no está pidiendo constantemente a sus hijos que realicen las cosas de la escuela o del hogar, aunque a veces si lo hace. Con su esposo ha tratado de ponerse de acuerdo, como pareja todavía tienen discrepancias, pero como padres piensa que van por buen camino.

Enrique comenta que si bien el tema de la confianza le ha costado, ya no está pendiente de que realicen sus actividades, no revisa sus cuadernos, piensa que la vida de sus hijos es de ellos y que sabrán cómo llevarla, además de que la comunicación con Alberto ha mejorado. Observa que esto ha tenido un impacto positivo en su relación con Luis, pues hablan más, son más afectuosos, comparten más actividades. En relación con su esposa menciona que confía más en ella y que permite que haga y tome las decisiones que considere necesarias, agrega “somos seres independientes que hemos decidido unirnos en familia”. Finalmente, han puesto en práctica la negociación, los acuerdos y la promoción del diálogo.

Alberto considera que lo que ha cambiado es su forma de pensar y de conducirse. Que él no ha cambiado mucho pero que lo que sí se ha modificado es el ambiente en su casa, pues ahora se siente más cómodo en él. Ahora lo dejan tomar sus propias decisiones y, aunque su mamá siente que está más lejos de ella, él la siente más cercana porque ya no está sobre de él, como si le estuviera dando más libertad. Todo esto lo hace sentir más seguro porque toma sus decisiones y no se basa en la de otros.

También comentó que observa a sus padres más tolerantes, que la comunicación en su familia es más eficaz y que ha aumentado la confianza y la tolerancia. En relación a la comunicación piensa que lo que cambió es que antes incluía prejuicios y ahora hacen una diferencia entre los problemas personales, los problemas familiares y los externos generando un mejor ambiente familiar. En relación con su hermano mencionó que lo ve más tranquilo y comprensivo.

Después de la intersesión el equipo felicitó a los padres por los cambios que describieron, pues algunos eran de esperarse pero otros fueron una sorpresa. Se establece que las herramientas que la familia ha adquirido le ayudarán a solucionar las situaciones que se les presenten. Se les menciona que puede haber recaídas, pero que está bien y que está permitido. El padre comentó que de hecho sucedió pero que pudieron superarlo. Se sugirió el trabajo en pareja para abordar los temas no resueltos.

Al final, la familia llenó los cuestionarios necesarios para dar de alta el caso.

Cuadro 12. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 12.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico | Descripción del recurso |
|--|--|---|
| Puntualizar las soluciones que promueven el cambio | Preguntas reflexivas: que convierten al interrogado en observador | Se investigaron las cosas que han estado haciendo cada uno para mejorar la relación con los otros. |
| Conocer los resultados que los cambios han tenido en los otros | Preguntas circulares: de explicación y significado de las soluciones | Se investigó qué efecto han tenido los cambios que sus padres han hecho en Alberto. |
| Señalar los efectos que los cambios tienen en el individuo | Enfoque | Se centró la atención en los resultados que tienen que Alberto se haga responsable y tome sus propias decisiones en su autoestima y motivación. |
| Establecer los retrocesos como algo normal del proceso de cambio | Prevenir la recaída | Se habló con la familia de que los problemas pueden volver a presentarse y que es algo normal pues el trabajo que están realizando necesita práctica para consolidarse. |

Fuente: elaboración propia con datos de Minuchin y Fishman, 1981; Ochoa de Alda, 1976.

D. Cambios observados

Identificados por el paciente

El padre, Enrique, comentó al final de la última sesión que observaba cambios en su hijo Alberto lo que ha traído como resultado que confíe más en él. Ha visto mejorías en el compromiso que asumió con la escuela, pues ha observado que deja de hacer cosas para dedicarse a la escuela. Considera que con él no tiene problemas con los límites. En relación a Luis ha notado un cambio positivo en su actitud. El tema de la confianza es difícil para él, sin embargo, comprendió que no es necesario que revise sus cuadernos, que su función es de guía, aunque sabe que es la vida de sus hijos y sabrán cómo llevarla a buen término. Comentó que habla más con su hijo Alberto. Con Luis también ha aumentado el diálogo, observa que incluso quiere que su padre esté con él para realizar ciertas actividades como estudiar y eso al padre le gusta porque pueden intercambiar ideas. Ha incrementado la tolerancia de él hacia ellos y viceversa. En relación a su esposa, mencionó que confía más en ella y ahora deja que ella tome las decisiones que desea, puntualizó que son seres independientes que han decidido unirse en familia. Entre ellos la negociación y el diálogo está presente con frecuencia. Ahora entiende que como pareja y familia están en constante cambio.

María mencionó que intenta confiar en su hijo Alberto y no estar indagando cómo va en la escuela. Con Luis ya no le dice las cosas que tiene que hacer. La idea general es que ya no está “sobre de ellos”. En relación a su esposo, han intentado ponerse de acuerdo para formar un equipo como padres. En su relación como pareja todavía observa discrepancias.

Por último, Alberto agregó que ha cambiado su forma de pensar y de conducirse, además de que el ambiente en su casa es distinto, lo que ha favorecido que se sienta más cómodo. Ahora sus padres permiten que tome sus propias decisiones y que a pesar de que su madre piensa que está más alejado de ella, él la percibe más cercana. Se siente con más libertad y más seguro porque está tomando sus propias decisiones y no se está basando en las de otras personas. A su padre lo describe más tolerante al igual que a su mamá. El diálogo, así como la confianza y la tolerancia han aumentado en su familia, ya que antes cuando hablaban los prejuicios estaban presentes y ahora ya pueden diferenciar los problemas personales, de los familiares y de los externos generando un mejor ambiente familiar. Finalmente, piensa que su hermano se comunica más, está tranquilo y es más comprensivo. María agregó que observa que entre ellos se llevan mejor; hacer ejercicios juntos y eso a ella la llena de satisfacción.

Identificados por las terapeutas y el equipo terapéutico

La pareja cuenta con las herramientas y los conocimientos necesarios para aplicar las reglas y las consecuencias para alcanzar el tipo de interacción que quieren con sus hijos.

El cambio más significativo se percibe en el padre, quien era el más renuente para aceptar las propuestas de las terapeutas y el equipo. El que pudiera expresar lo que le duele en las sesiones y lo que desea para sus hijos y su esposa, promovió que pudieran llevarse a cabo pequeños cambios, el principal es que estuviera dispuesto a escuchar a su esposa y acordar reglas básicas para el hogar.

En María se observa el inicio de un proceso de desprendimiento hacia sus hijos, sabemos que en nuestra sociedad se espera que sea la madre la responsable del cuidado socio-afectivo de sus hijos, es por eso que se comprende que para ella sea difícil dejar de tratarlos como niños pequeños, sin embargo, con el trabajo realizado en las sesiones, se puede pensar que comprendió que es necesario que favorezca la independencia,

autonomía y la responsabilidad en sus hijos. Durante el tratamiento se percibieron en María elementos que apuntan a conseguir ese objetivo, en particular porque las discusiones entre ella y sus hijos no son frecuentes y porque en su discurso denota confianza hacia lo que ellos decidan, en particular Luis.

Finalmente, en la conversación establecida con Alberto se observó que tiene más claro lo que desea para su futuro, también un aumento en la responsabilidad asumida en la escuela. Debido a los cambios que sus padres han hecho para establecer límites más claros, favorecen un clima familiar más agradable y por lo tanto más deseable para él.

E. Apreciación clínica

Las intervenciones que se consideran como adecuadas en el proceso terapéutico son aquellas directamente relacionadas con el modelo: connotación positiva, tarea directa, redefinición y metáforas porque están dirigidas a alterar la jerarquía confusa detectada en el sistema familiar, además de que los efectos obtenidos parecen haber sido los deseados: establecimiento de jerarquías adecuadas entre padres e hijos y de límites intergeneracionales. Se recurrió constantemente a las características del ciclo vital como medio para normalizar la situación por la que la familia atraviesa y las tareas que son necesarias dependiendo de la etapa en la que cada integrante se encuentra para fomentar el tránsito a la siguiente etapa.

Se observa claramente la utilización de intervenciones provenientes del modelo estructural y el modelo centrado en el problema. Esto se debe a que las terapeutas, al estar formándose bajo una perspectiva sistémica, se encuentran influenciadas por los modelos que en los que en ese momento estaban siendo entrenadas.

Como intervenciones convenientes que pudieron haber sido utilizadas son las conocidas como paradójicas, en particular por la reticencia de la familia para realizar las tareas directas. Sin embargo, las terapeutas no se arriesgaron a hacer una intervención prematura sin el conocimiento necesario para controlar los efectos que una intervención de tipo este pueda tener.

F. Evaluación del caso

En relación a la teoría se puede pensar que la jerarquía confusa establecida en la familia se alteró, favoreciendo una más congruente. Esto quiere decir que la relación que la posición que Luis ocupaba por encima de sus padres ha sido invertida y ellos han recobrado el poder y estatus que les corresponde. Por otro lado, la coalición establecida entre la madre y los hijos contra el padre, posterior al trabajo terapéutico, se disolvió, al promover la alianza entre los padres, marcar los límites intergeneracionales pertinentes y modificar el contexto familiar, es decir, la organización de las situaciones problemáticas.

Se observa que los padres se encuentran al inicio de desarrollar un estilo parental adecuado que combina el afecto, la comunicación y el apoyo junto con la autonomía e individualidad. Establecieron límites, exigieron responsabilidad y monitorean las actividades de sus hijos a la par que asumen una mayor importancia como guías de sus hijos. Además, cuentan con los conocimientos y estrategias necesarias para aumentar su competencia y mejorar su estilo parental.

No se sabe mucho de la relación de la pareja, sin embargo, como menciona Hoffman (1987) las diferencias por el comportamiento del hijo, a menudo son metáforas de las diferencias maritales. Por lo tanto, se puede hipotetizar que al no abordar la infidelidad y las consecuencias que tuvo, existen temas sin resolver que la pareja no habla y que, como comentó Enrique por temor al descontrol, pueden frenar los avances de la familia. Sin embargo, también mencionó que confía más en su mujer así que si continúan poniendo en práctica lo aprendido en las sesiones, su relación pueda mejorar aún más. Es importante aclarar que el trabajo estuvo dirigido a mejorar su relación como padres, no como pareja, es por esta razón que se considera que cuentan con las herramientas para cubrir sus funciones como padres, como pareja, se promovió que buscarán un espacio para ellos y se aclaró que éste no podría ser provisto por las terapeutas debido a cuestiones administrativas.

No se observan aspectos en los que no hubo cambio, pero sí se observa la necesidad de continuar trabajando en el establecimiento de límites, consecuencias y en los acuerdos familiares para consolidarlos.

G. Reflexiones personales

Decidí desarrollar este caso porque fue uno de los primeros que estuvo bajo mi responsabilidad como terapeuta frente al grupo durante la formación. Ha sido de los que más aprendí en el camino y del cual me siento muy satisfecha por los resultados.

Al inicio una de las cosas que me dificultó el trabajo con la familia y con mi coterapeuta fue precisamente que era mi primera experiencia trabajando con familias, con un equipo terapéutico y con una colega. Definitivamente tuve que transitar por un recorrido largo para desenvolverme como quería dentro de la sesión, ya que estaba llena de dudas en cuanto a la teoría y en cuanto a mi papel dentro de la sesión. Fue necesario el trabajo personal en psicoterapia, las conversaciones continuas con mi coterapeuta y el equipo para que pudiera desarrollar lo que considero ahora es mi estilo propio dentro de las sesiones. La postura del modelo, estratégica y por tanto directiva, no es la que más prefiero y ahora entiendo que por eso me costó tanto acomodarme a los requerimientos de la supervisión ya que implica adoptar una postura de experto, establecer cómo se alcanzarán los objetivos y llevar a cabo las maniobras necesarias para alcanzarlos.

Después de unas cuantas sesiones y observar que Andrea y yo hacíamos un buen trabajo juntas, creando las alianzas necesarias con los miembros de la familia, fue más sencillo para mí tomar una postura más activa, no así directiva.

Desafortunadamente, al ser el primer caso que tenía y debatiéndome respecto a mi papel como “experta” creo que me mantuve muy distante de los consultantes. Sin embargo, creo que algo que me caracteriza es la calidez del trato en mis relaciones, así que no dominaba tanto la teoría pero podía entender su preocupación y creo que eso facilitó el trabajo.

También creo que en el camino comprendí mejor el modelo, en el análisis también y observo las deficiencias que puede tener el mismo. Hicimos preguntas importantes en el momento, pero por falta de práctica y de información, no las elaboramos lo suficiente como para establecer que no quedaran huecos en las intervenciones. Mientras realizaba los resúmenes de las sesiones y leía nuevamente las preguntas que hicimos vienen a mi cabeza otras preguntas relacionadas con una que hicimos en ese momento.

El modelo es constantemente criticado por no contar con una postura de género, sin embargo, durante el trabajo realizado, las terapeutas y el equipo terapéutico la asumieron

al no favorecer la sumisión de la madre y el control absoluto del padre en la familia, además de que se involucró también a los hijos en actividades domésticas. Esto evidencia el efecto que tiene la formación y la imposibilidad de seguir un modelo al pie de la letra, ya que este se debe de adaptar a las necesidades de la familia y a la época en la que se lleva a cabo la intervención.

Me siento bien por los logros alcanzados con el caso, en la supervisión y en mi formación. Fue muy satisfactorio ver el gusto con que se despedían de nosotras al final de la última sesión los miembros de la familia. Sé que dentro de nuestras posibilidades hicimos lo mejor que pudimos y que todo trabajo es perfectible. El análisis del caso me dio la oportunidad de identificar en qué áreas se encuentra la oportunidad de mejorar.

1.3. Familia H. J.

A. Introducción

Asignatura: Modelo de Milán II

Tipo de supervisión: Directa

Espacio: Cámara de Gesell

Periodicidad de las sesiones: Intervalo de quince días

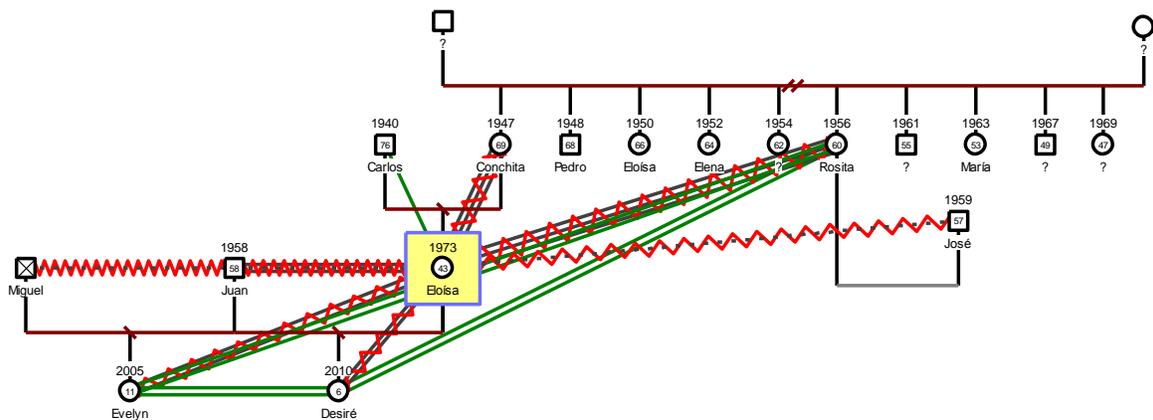
Número de sesiones: 8

B. Descripción de la familia

Nombre: Familia H. J.

Número de sesiones: 8 sesiones

Genograma:



Motivo de consulta: la familia acude a terapia porque a partir de agosto de 2015 Rosita se hace cargo de Eloísa, diagnosticada con inteligencia limítrofe, dislexia y problemas de motricidad fina. Se sospecha que Eloísa y sus hijas fueron abusadas sexualmente.

Fuente de referencia: ninguna.

Tiempo en lista de espera: desde el mes de septiembre de 2015.

Periodo de atención: septiembre a diciembre de 2015.

Terapeutas: Elizabeth Aldrete Rivera y Paola Anaid Carreño Fernández.

Supervisor: Gerardo Reséndiz Juárez.

Equipo: Andrea Anaya Acosta, Elia Cecilia Fajardo Escoffié, Nancy Isabel Morales Aguilar y Luis Darío Villela Soto.

C. Resumen del tratamiento terapéutico

Sesión 1.

Acuden a la sesión Rosita, Eloísa, Conchita y Desiré.

El objetivo fue establecer el encuadre terapéutico, conocer el motivo de consulta, establecer el problema y las metas terapéuticas.

Es Conchita la que introduce a la familia: nombres, actividades, edades, residencia, etc. Posteriormente Rosita habla de la necesidad de que Eloísa aprenda a hacerse cargo de sus hijas porque su familia no va a vivir por siempre y no podrán ver por ellas. Conchita habla del diagnóstico de Eloísa (inteligencia limítrofe), sus características, lo que le dijeron en el Instituto de Psiquiatría y la relación violenta entre ella y Eloísa y entre Eloísa y sus hijas. Eloísa hace saber a las terapeutas que no es a ella a la que sus hijas hacen caso y que parece una hermana más, su tía y madre no hacen valer su lugar como madre de las niñas.

Se investigaron las expectativas de cada una sobre la terapia. Eloísa comentó que no tiene ninguna porque se necesita disposición de los otros para que cambien las cosas. Se propone a Eloísa como objetivo que la relación entre ellas mejore, objetivo con el que no estuvo de acuerdo porque no lo cree posible. Al confirmar si es un objetivo que desea Eloísa no contestó y habló de la reactividad y violencia por parte de Eloísa y agregó que su hija fue abusada cuando era chica. Este es un tema que no se ha hablado en la familia. Agrega que Evelyn y probablemente Desiré también han sufrido abusos. Se habla de la decisión que tomó Rosita de llevar a la familia con ella y las conductas agresivas de Desiré en la escuela y la evaluación a la que la sometieron en el Instituto de Psiquiatría.

Al final de la sesión no se pudo establecer un objetivo con Eloísa, pues sostuvo su posición de no cambio por parte de las otras. Se agradeció a cada una que diera su punto de vista sincero sobre la situación. Se les invita a que dejen los temas difíciles para las

sesiones y que intenten cuidar los espacios de convivencia entre madres e hijas. Nuevamente Eloísa se mostró renuente a realizarla, Rosita confirmó su comprensión de la situación y la importancia de controlar las emociones. Se citó a la siguiente sesión solo a las adultas de la familia.

Cuadro 13. Descripción de los objetivos terapéuticos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 1.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico empleado | Descripción del recurso |
|---------------------------------|--|--|
| Conocer el motivo de consulta | Preguntas lineales : de explicación y significado | Se investigó el motivo de consulta, los objetivos terapéuticos, los intentos de solución y se promovió la alianza terapéutica. |
| Describir la pauta problemática | Preguntas circulares: de explicación y significado del problema, acerca de sentimientos y emociones y de secuencias de interacción | Se exploró qué es lo que cada miembro de la familia percibe como problema y lo que lo mantiene. |
| Romper la pauta problemática | Prescripción directa | A las integrantes se les pidió que dejen para las sesiones los temas difíciles que causan problemas entre ellas y que procuren los espacios de convivencia sanos, evitando las discusiones frente a las niñas o el sobreinvolucramiento en los problemas madre-hija. |

Sesión 2.

Acuden a la sesión Eloísa y Conchita.

El objetivo fue obtener más información sobre la situación de los abusos en la familia y empezar a trabajar en crear un contexto de seguridad en la misma donde éstos ya no sean más una posibilidad.

Rosita no pudo asistir a la sesión porque su esposo está hospitalizado. Se investigó si pudieron realizar la sugerencia entre sesiones y Eloísa comentó que no. Habló del maltrato que recibe por parte de su madre, tía e hijas y las dificultades que tiene para hacer que la obedezcan. Conchita interviene para decir que recuerda contantemente a Rosita que Eloísa tiene un padecimiento. Se trató de obtener información relacionada con el proceso diagnóstico y la información que la familia tiene sobre el mismo. Al tratar de

resaltar que hay cosas que Eloísa si realiza bien a pesar de las dificultades que ha tenido, la familia regresa a hablar de lo que está mal con ella.

Se habló de la incomodidad de Eloísa en casa de Rosita, de la consideración de regresar a vivir con Conchita y del resentimiento que tiene Eloísa hacia su madre.

Al final de la sesión se elogió el que Eloísa fuera tan clara en su explicación de lo que le inconforma y se reconoció la preocupación de Conchita por su familia. Se plantea el interés del equipo por conocer a Eloísa más allá del diagnóstico y se plantea que si éste tiene un componente orgánico, también está influenciado por un componente emocional.

Conchita vuelve a hablar del abuso que sufrió Evelyn, del abuso que vivió Eloísa y de cómo se enteró del mismo.

Se pidió a la familia que se dejara ese tema para la siguiente sesión, con la presencia de las tres y que entre sesiones intentaran tener conversaciones que no se convirtieran en discusiones y que Eloísa tomara de lo que le dicen su madre y tía aquello que podría ayudarle.

Cuadro 14. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 2.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico empleado | Descripción del recurso |
|--|---|--|
| Evaluar los cambios observados entre sesiones a partir de la prescripción conductual | Preguntas reflexivas | Se investigaron los resultados de la prescripción conductual. Debido a que no pusieron en práctica la tarea y no observaron cambios en las relaciones, se continuó explorando la pauta problemática. |
| Describir la pauta problemática | Preguntas circulares: de explicación y significado del problema, acerca de sentimientos y emociones y de secuencias de interacción. | Se abordaron los temas nuevos traídos a la sesión, relacionados con las dificultades de Desiré en la escuela, la relación conflictiva entre ellas y los resultados que ha tenido en sus vidas. |
| Definir el objetivo terapéutico | Preguntas reflexivas orientadas al futuro | Se estableció el tipo de relación que Eloísa quiere tener con sus hijas. |
| Promover nuevas conductas de solución | Preguntas circulares: de intervención relacionada con las soluciones | Se planteó a Eloísa la posibilidad de otras formas de educar a sus hijas y conseguir la relación que desea. Se planteó a Conchita el tipo de participación que ella puede tener para que Eloísa no se sienta agredida. |

Cuadro 14. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 2. (continuación)

| | | |
|--|--|---|
| Conocer la experiencia a fondo de la problemática en la vida de las consultantes | Preguntas circulares: de explicación y significado acerca de sentimientos y expresiones | Se profundizó en la vivencia de Eloísa cuando los problemas en la relación con sus hijas surgen. |
| Establecer una comprensión distinta de la sintomatología psiquiátrica. | Preguntas circulares: de diferencias y cambios con relación a las conductas de interacción | Se puntualizó en la capacidad de Eloísa para establecer con las terapeutas una conversación clara, estructurada y en armonía. |
| Resaltar los recursos de la familia | Elogio | Se enfatizó la claridad de Eloísa durante la sesión y el interés de la familia por establecer una relación diferente entre ellas. |
| Promover un ambiente de seguridad en el hogar familiar | Prescripción conductual | Se pidió nuevamente a la familia que intentara establecer conversaciones sin agresiones para facilitar la comunicación entre ellas. |

Sesión 3.

El objetivo de la sesión consistió en abordar el tema de los abusos y nuevamente trabajar para crear un espacio de seguridad.

Acuden Eloísa, Rosita y Desiré. Rosita comentó que no supo a quién llevar porque Eloísa le dijo que no quedó claro. Rosita no estaba enterada de lo que se habló la sesión anterior y Eloísa expresa que no ve sentido en continuar en terapia porque no ve cambios ni que le echen ganas. Habla sobre una situación con su madre, que amenaza con abandonarla, a ella y a sus hijas, porque algo le molestó. Se intentó explicar a Rosita lo que se abordó la sesión anterior, sin embargo, Rosita habló de la agresión que Eloísa percibe por todo y Eloísa de la forma en la que su familia solicita que haga las cosas y que para ella es agresión. Se habla sobre el enojo, Eloísa observa que su madre reacciona así porque se piensa con derecho y que no hay que limitar su expresión, hay que controlarlo. Rosita habla de la barrera que observa en Eloísa para relacionarse con ella y de la esperanza que tiene en que pueda hacerse cargo de su vida. En un intento por detener la discusión las terapeutas se dirigen a Desiré y Eloísa continúa describiendo lo que le molesta de su madre y tía. Rosita aclara que Eloísa percibe cosas que no son, como agresión, se investiga cómo cree ella que deberían de solicitarle las cosas y comenta que entiende que alguien deba de llevar la batuta pero que espera que le expliquen cómo hacer las cosas porque ella no sabe cómo.

Se habló de la violencia verbal hacia Eloísa por parte de su madre y la repetición de palabras que ella le dice, como puta, por parte de Desiré.

Al finalizar la sesión se habló de la responsabilidad de cada uno de los miembros de la familia hacia el cambio y lo que cada una debería de hacer. Al intentar establecer qué cambios deberían de ser esto Rosita toca el tema del abuso de su sobrina Evelyn y las circunstancias que no se explica, de la relación de Eloísa con el padre de Desiré y del abusador a lo que Eloísa trató de defenderse. Las terapeutas señalaron que ese tema se abordaría sin falta la siguiente sesión, que da mucha curiosidad cómo lo tocan siempre al final y que es importante que a la siguiente sesión asista solamente Eloísa.

Cuadro 15. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 3.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico empleado | Descripción del recurso |
|---|--|--|
| Puntualizar las excepciones al problema | Preguntas circulares: de diferencias y cambios con relación a las soluciones | Se investigaron los momentos en los que han podido establecer una conversación armónica en la casa. |
| Establecer otras formas de manejo del enojo | Preguntas lineales | Se evaluaron las alternativas que Eloísa conoce para reaccionar ante el enojo. |
| Crear otra explicación alrededor de la sintomatología de la consultante | Redefinición | Se planteó la situación problemática de la familia no como resultado del diagnóstico psiquiátrico de Eloísa sino como resultado de la situación emocional que se vive en el hogar. |
| Aclarar las excepciones al problema | Preguntas circulares: de intervención relacionada con las soluciones | Se establecieron las conductas que Rosita realiza para que Eloísa no se sienta agredida cuando le pide que haga algo. |
| Establecer el efecto que las conductas tienen en los demás | Preguntas reflexivas que convierten al interrogado en observador | Se evaluó cómo piensa Desiré que su madre se siente cuando se dirige a ella con palabras ofensivas y se investigó a quién ha escuchado hablar así. |

Sesión 4.

El objetivo de la sesión fue obtener información sobre los abusos en la familia así como evaluar el riesgo de abusos futuros en la familia para establecer un ambiente de seguridad y responsabilidad en la misma.

Acude a la sesión Eloísa. Habló sobre el abuso que sufrió por parte de su tío, ella tenía 7 años y él 14 años. Éste consistió en tocamientos repetitivos durante varios años. Fue hasta que lo habló con la esposa del tío que se detuvo. Para la familia Eloísa provocó el abuso. Éste es un tema que ha compartido con sus parejas, sin embargo, ha sido recriminada también por el abuso que su hija Evelyn sufrió ya que tuvo lugar cuando ella vivía con el padre de Desiré. Se recabó información sobre cómo sucedió y se observó que la niña fue aislada de la madre por parte de un compañero de trabajo de la pareja de Eloísa. Rosita le ha dicho a Eloísa que Desiré también fue abusada por el mismo señor.

Se habla de la relación abusiva y de abandono que tuvo Eloísa con el padre de Evelyn y el desconocimiento por parte de ella de otros abusos en la familia. Al investigar si existe riesgo de que sus hijas puedan ser víctimas de abuso nuevamente, Eloísa responde que no porque ya no están en contacto con su ex pareja y el abusador.

La experiencia de Eloísa y Evelyn al hacer la denuncia provocó que Eloísa no pudiera dar toda la información que se necesitaba y que Evelyn no quiera hablar del tema nuevamente pues parece ser que fue re victimizada.

Al final de la sesión se invita a Eloísa a asistir al curso de Prevención del Abuso en el Hospital Psiquiátrico Infantil. Se aclaró que la responsabilidad del abuso es de la persona que lo lleva a cabo y que no tuvo nada que ver ella en que sucediera, pues se le observa con culpa. También se enfatizó que parece que Eloísa tiene una brújula que la alerta de riesgo a la que debería de hacerle más caso y se elogió el tipo de conversación tan distinto de sesiones anteriores que pudo establecer con las terapeutas y se le invitó a asistir nuevamente sola.

Cuadro 16. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 4.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico empleado | Descripción del recurso |
|--|---|--|
| Obtener información relevante en relación a los abusos ocurridos en la familia | Preguntas lineales: de explicación y significado acerca del problema, del contexto y de las conductas | Se investigó las circunstancias, los involucrados, las reacciones y las soluciones alrededor del abuso que sufrió Eloísa de niña. |
| Elaborar la experiencia de abuso | Preguntas circulares: de explicación y significado acerca de sentimientos y expresiones | Se conversó sobre la vivencia de Eloísa frente al abuso, la reacción de su madre al enterarse y las consecuencias que tuvo en su vida. |

Cuadro 16. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 4.

(continuación)

| | | |
|--|-----------------------|---|
| Promover un contexto de seguridad para la familia | Preguntas lineales | Se interrogó a Eloísa para saber percibe algún tipo de riesgo latente en la familia que puedan sufrir ella y sus hijas. |
| Diferenciar la responsabilidad del abusador y del abusado para desarticular la culpa en la consultante | Consejo especializado | Se aclaró que la responsabilidad es de la persona que abusa y no de la víctima, así como las creencias que pueden generar culpa en Eloísa por los abusos sufridos. |
| Enfatizar una conducta que ayuda a la solución del problema | Elogio | Se habló de la capacidad que tiene Eloísa para percatarse de las situaciones peligrosas y la herramienta que puede seguir utilizando para estar cuidarse y cuidar de sus hijas. |

Sesión 5

El objetivo de la sesión es aclarar por qué en las conversaciones la consultante regresa constantemente a hablar de Rosita y lo que le molesta de ella y si considera que no es importante hablar de los abusos.

Acude a sesión Eloísa y se plantea que pareciera que es más importante hablar de Rosita que de las experiencias de abuso. Comenta que es importante hablar de los abusos pero que habla de Rosita porque cuando discuten saca a la luz que es la culpable de los abusos de sus hijas. Habla de por qué decidió quedarse con el padre de Desiré a pesar de que era un mal padre y pareja y explica que con él no escuchaba constantemente los reproches de su familia. Observa que en su familia siguen abusando de ella psicológicamente. Se intentó hacer una diferencia entre las ocasiones en las que Rosita se exalta y en las que está dispuesta a explicar a Eloísa cómo hacer las cosas, sin embargo, para Eloísa fue difícil establecer esa distinción.

Al final de la sesión se integró un miembro del equipo para hacerle saber la preocupación que el equipo tiene en relación a que ella continúe defendiéndose ante todo y los riesgos que esto implica. Se planteó el derecho que tiene a una vida mejor. Eloísa respondió que falta disposición por parte de los otros para comprenderla y explicarle. Se planteó la

necesidad de que ella genere estrategias para diferenciar las agresiones de las ocasiones en que no son agresión con el objetivo de alcanzar la vida que ella desea.

Cuadro 17. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión5.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico empleado | Descripción del recurso |
|---|---|--|
| Conocer a fondo la experiencia de abuso de la consultante | Preguntas lineales: de explicación y significado acerca del problema, del contexto y de las conductas | Se retomó el tema del abuso para completar la información obtenida. |
| Establecer la pauta problemática de agresión en la familia | Preguntas circulares: de explicación y significado acerca del problema | Se buscó comprender la pauta relacionada con los momentos de agresión en la familia. |
| Diferenciar si es depresión o una reacción relacionada con el estado actual de la familia | Preguntas lineales: de explicación y significado acerca de sentimientos y expresiones | Se investigó sobre el estado de ánimo de Eloísa ya que ella piensa que está deprimida. |
| Atribuir intenciones y motivaciones positivas a la conducta de Rosita | Redefinición | Se planteó como posibilidad que Rosita no siempre sea agresiva con Eloísa, que haya ocasiones en las que trata de acercarse a ella. |
| Presentar una visión diferente de la problemática | Consejo especializado | Se integró un miembro del equipo para transmitir a Eloísa la preocupación de que continúe constantemente de todo y los riesgos que esto puede traer. |

Sesión 6

El objetivo de la sesión fue evaluar cómo le ha ido a Eloísa en el Taller de Abuso Sexual (aprendizajes), qué discurso de la psiquiatra predomina en su concepción de la enfermedad y los abusos.

Acude Eloísa y menciona que en la escuela le recomendaron que Desiré asistiera a terapia porque está muy agresiva y le pidieron sugerencias para abordar ésta situación. Se habla con Eloísa de las sesiones que quedan y de la decisión que puede tomar para continuar con el tratamiento. Se plantea la inconformidad que se observó cuando el miembro del equipo entró la sesión anterior y menciona que se debió a que es lo que los demás le dicen, que todo lo toma como agresión, sin embargo no se sintió agredida en ese momento.

Después habló de la comprensión que percibe por parte de sus tías y primos, pues no la amenazan ni le reclaman, al contrario muestran señales de consideración por la situación

que viven. A pesar de que le comentaron que por el diagnóstico no iba a poder realizar las actividades, ella piensa que se debe a que nunca le enseñaron cómo hacerlas. Se investigó su experiencia en el taller y la convivencia que pudo establecer con otras personas, alejada de la agresión. A pesar de que una de las participantes la regañó, ella no ve esa situación como una agresión.

Al final de la sesión, para dar respuesta a la preocupación de Eloísa en relación a la escuela de Desiré se le recomendó que diera los teléfonos de las terapeutas para que se comuniquen con ellas. Se plantea la posibilidad de que asistan a sesión Rosita y ella, sin embargo, Eloísa no lo ve probable y prefiere que asista Rosita sola. Se establece que en la semana se confirmará quién asistirá a terapia después de hablarlo con el equipo.

Cuadro 18. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión6.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico empleado | Descripción del recurso |
|---|--|---|
| Conocer la construcción que Eloísa ha hecho en relación al diagnóstico psiquiátrico | Preguntas lineales: de explicación y significado acerca del problema | Se habló con Eloísa de las ideas que tiene acerca del diagnóstico psiquiátrico que detectaron en ella. |
| Crear un clima optimista en relación al cambio | Centrarse en los progresos | Se estableció el cambio que se observa en Eloísa en espacios como el Taller de Padres al que asistió, así como en las sesiones de terapia y con algunos familiares. |

Sesión 7

El objetivo de la sesión es continuar con el trabajo de distinción entre agresión y no agresión, así como plantear como tema de la sesión la demanda institucional por parte de la escuela de Desiré.

Al inicio de la sesión Eloísa comentó que el esposo de Rosita le pegó porque pensó que estaba atacando a Rosita, sin embargo, ella estaba deteniendo a Rosita de que le pegara. Para ella esto definitivamente es violencia. Debido a esto la regresaron a casa de Conchita. Aclara que la discusión con Rosita fue por Desiré, porque no le hace caso y por la forma en la que trata Eloísa a la niña. Desde el viernes ya no vive con ellos, Desiré se quedó en casa de Rosita, esto a Eloísa la pone muy triste, sólo la ve para llevarla a la escuela y los fines de semana.

Al investigar cómo están las cosas ahora que vive con su mamá, Eloísa menciona que sabe que se enojará pero que es su mamá y que ella también la ha corrido de la casa, situación similar a lo que pasó con su papá que también lo corrió. Se indagó sobre la presencia del padre en la vida de Eloísa y comentó que no habla muy seguido con él porque en su casa le dicen que le cuelgue cuando hablan por teléfono. Agregó que él la apoyó mucho antes de que nacieran sus hijas, que incluso estuvo viviendo con él hasta que le pidió que se regresara con Conchita porque él no podría ayudarlas en caso de que realmente lo necesitaran por su estado de salud y su situación económica precaria.

Al retomar la pregunta sobre la dinámica en casa de Conchita menciona que hay problemas, que las cosas no cambian, que a ella no la ven avanzar y que la compara constantemente con su padre o sus primos. Cuando es tonta se parece a sus padres y cuando es inteligente a sus primos.

A Desiré no se le explicó la situación, fue una decisión que tomó Rosita al ver que Eloísa es violenta con ella. Para Eloísa es una reacción de defensa a las agresiones por parte de su hija. Se habla también de que Rosita espera iniciativa por parte de Eloísa para hacer las cosas pero Eloísa piensa que ella debe de comprender que no sabe hacerlo y que no tiene dinero.

En cuanto a la relación de Evelyn y Eloísa comenta que no la obedece, que le ha dicho que no la apoya y que la niña vive bajo el cuidado de dos tías.

Al finalizar la sesión se elogian los cambios que se observan en Eloísa en relación a su apariencia, se integran las coordinadoras del Taller al que asistió para transmitirle las habilidades y recursos que observaron en su participación y se invita a Eloísa a que asista a otra sesión más acompañada de sus hijas, dejando claro que si se ve en dificultades para traerlas, Rosita se ponga en contacto con las terapeutas.

Cuadro 19. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 7.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico empleado | Descripción del recurso |
|---|---|---|
| Describir la pauta problemática | Preguntas circulares: de explicación y significado del problema | Se abordó el episodio de violencia que hubo entre Eloísa y el esposo de Rosita. |
| Conocer cómo funciona la familia ahora que se ha estructurado de otra forma | Preguntas circulares: de explicación y significado de conductas | Se investigó sobre la situación actual de la familia después de que Eloísa se mudó con Conchita y Desiré se quedó con Rosita. |

Cuadro 19. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 7.
(continuación)

| | | |
|---|-------------------------------------|--|
| Destacar aspectos positivos de la consultante | Elogio | Se puntualizó la apariencia más arreglada de Eloísa, así como la manera en que se dirige a las terapeutas con calidez y consideración. |
| Crear en la consultante la motivación de cambio | Prescripción conductual | Se habló de la necesidad de que Eloísa genere las condiciones para que pueda aprender aquellas cosas que le interesan y que no puede hacer si lo solicita a su familia. |
| Acentuar los aspectos de la consultante que pueden ser de ayuda para resolver el problema | Destacar recursos de la consultante | Dos miembros del equipo se integraron a la sesión para hablar con ella sobre las habilidades que vieron desplegadas en el Taller para Padres en el que Eloísa participó bajo su dirección. |

Sesión 8

El objetivo de la sesión fue observar la relación entre Eloísa y sus hijas, establecer los recursos de Eloísa para relacionarse con ellas y saber cómo viven las chicas a su madre.

Acuden Evelyn, Desiré y Eloísa con 45 minutos de atraso. Al inicio de la sesión comenta Evelyn que se siente nerviosa de estar en el espacio. Se le platica cómo se ha estado trabajado con su mamá y con su hermana y se investigan las cosas que le gusta hacer en su casa, con su familia y en la escuela. Se investiga cómo está ella ahora que vive con su mamá y que está lejana de su hermana y los días en los que comparten espacios. Después se habla con ella de lo que no le gusta que su mamá le llame la atención y habla de que le contestan a su mamá, Eloísa le pide a Desiré que ejemplifique cómo lo hacen y la niña no accede.

A continuación se habla sobre la conducta de Desiré en el consultorio, debido a que se paró, se subió a la mesa, Eloísa comentó que no le hace caso y cuando Evelyn le pide que se siente, Eloísa le dice que la deje que porque ella es así. Agrega que Rosita si sabe cómo controlarla pero que la lastimó.

Después se investigó cómo es la relación entre Eloísa y Evelyn según la niña, ella responde que bien y cuando se le pide que explique a qué se refiere cuando le dice que la

apoye no responde. Eloísa comenta que ella vive bajo la tutela de sus dos tías abuelas y que así está bien, que no puede ir a defenderla porque le reclamarán que no se haga cargo de sus hijas. Se le pide a Eloísa que le pida a Desiré que se siente en su lugar, a lo que Eloísa responde adecuadamente y Desiré también.

Posterior a la intersesión se plantea dónde aprendió Evelyn a cuidar de su hermanita y a procurarla, al no contestar a las terapeutas Eloísa comenta que ella nunca tuvo celos cuando se enteró que iba a tener una hermana, al contrario, le dio mucho gusto. Se estableció que ésta era la última sesión y que posteriormente se aclararía la forma de trabajo.

Cuadro 20. Descripción de los objetivos y los recursos técnicos utilizados en la sesión 8.

| Objetivo del recurso | Recurso técnico empleado | Descripción del recurso |
|---|---|--|
| Crear un ambiente de confianza para Evelyn | Preguntas lineales | Se conversó con Evelyn para establecer la forma de trabajo del equipo, conocerla un poco más y saber qué ideas tiene alrededor de estar en el espacio terapéutico. |
| Proponer modalidades distintas de relación entre madre e hija | Escenificación | Se pide a Eloísa que logre que Desiré le haga caso durante la sesión y permanezca sentada mientras las terapeutas hablan con ellas. |
| Conocer la explicación y deseos de relación entre madre e hija | Preguntas circulares: de explicación y significado acerca de conductas de interacción | Se investigó cómo percibe Evelyn la relación que tiene con Eloísa. |
| Destacar recursos de la consultante que ayudan a resolver el problema | Preguntas reflexivas: que interrumpen la secuencia sintomática en sesión | Al observar que es Evelyn la que trata de dar estructura a Desiré se investigó cómo aprendió a procurar a su hermana. |

D. Análisis del sistema familiar

Recursividad entre los procesos individuales, relacionales, familiares y sociales

Una de las cualidades en las relaciones familiares es la multiprocesualidad. Se trata de procesos interactivos y simbólicos, relativos a los individuos, al grupo en su totalidad, o al grupo como parte de una comunidad social más amplia. La adopción de modelos que evidencien la multiprocesualidad hacen visible la conexión entre comportamientos y creencias, entre procesos individuales, familiares y sociales (Fruggeri, 2012).

En el caso de la familia H.-J., como parte de los procesos individuales se puede establecer que Eloísa se encuentra resignificando los abusos que vivió, incorporando nociones de responsabilidad distintas a las que en su familia puntualiza, así como desplazando la culpa que generan y responsabilizándose del auto cuidado y del cuidado de sus hijas. En este sentido se encuentra en renegociando su identidad como madre y como mujer, dentro de una versión que a ella le parezca adecuada. En el caso de Rosita se observa que al establecerse como cuidadora principal de las niñas y de Eloísa, existen áreas de su vida que se ven afectadas por las funciones que tiene que cubrir y que develan la necesidad de establecer una identidad distinta a la que corresponde a la tía por una de madre, que después de algunas sesiones pareciera que asumir le ha estado constando trabajo. En el caso de Conchita, a la inversa de Rosita, pasa de ser la madre a la tía, que la lleva a una renegociación de las funciones que cumple en la familia. Ambas atraviesan por etapas del ciclo vital ubicándose en la vejez, con las dificultades físicas, económicas, etc., propias de la etapa. Finalmente, Desiré y Evelyn pasan a la primaria y a la secundaria respectivamente, esto implica necesidades y capacidades distintas y un acomodo a los cambios propios de su etapa del desarrollo.

Estos procesos individuales han tenido efectos grandes en las relaciones; la relación entre Eloísa y sus hijas se ve dañada por la atención que Eloísa pone en las dificultades que ella tiene para relacionarse con Rosita y Conchita. A su vez, la relación entre las niñas y su tía y abuela se fortalece porque son las personas que cumplen las funciones que demandan de Eloísa y que no lleva a cabo, como son comprensión, apoyo y afecto. Se puede concluir que las relaciones en la familia están seriamente dañadas por las dificultades para establecer una configuración estable, haciendo más inestable al sistema. Las repercusiones inherentes de la inestabilidad implican que a nivel familiar se ponga en marcha el establecimiento de funcionamientos plurinuclear y pluriparental en el que no solo Eloísa cubre funciones de madre, si no también Rosita y Conchita, la negociación de reglas y funciones, que al no ser claras crean confusión y conflictos al interior del sistema.

La participación de la institución educativa para abordar la problemática familiar ha puesto en marcha la re-significación del entendimiento diagnóstico, de los abusos y los desacuerdos entre los miembros. Sin embargo, en una sociedad donde la enfermedad es tratada con etiquetas y fármacos, ha complicado la entrada de los terapeutas al sistema familiar para generar procesos que movilicen al sistema hacia la evolución, el cambio y el

desarrollo, favoreciendo la confusión y los conflictos en la familia, la fractura en las relaciones y la imposibilidad de afrontar las necesidades individuales.

Hipótesis sistémicas

Las hipótesis sistémicas, esquemas explicativos generados por el terapeuta para responder al por qué de la conducta sintomática, ofrecen motivos para los síntomas y conductas disfuncionales alrededor de la sintomatología, involucrando a tres o más miembros del sistema. Se refieren a razones y no a causas, porque implican participación activa o intencionalidad por parte del individuo y se generan a partir de principios como la interdependencia de todas las partes del sistema entre sí y con el todo (Ugazio, 1985). Las hipótesis que se generaron a lo largo del proceso son:

- La mamá y la tía puntúan diferente las cosas: Conchita estableciendo el problema como algo que era de esperarse por la condición biológica de la enfermedad y Rosita estableciéndolo como algo que puede modificarse y mejorar. Juntas equilibran el sistema entre la estabilizan de las pautas ya conocidas y la oportunidad de un futuro posible.
- Eloísa es atinada en su percepción del dilema relacional: ¿soy la hija o soy la madre? Ocupa dos lugares que observa perfectamente. Al ser la madre la tratan como la hermana y por lo tanto sus hijas no responden como si fuera la madre. En un nivel da a su hija un nivel de responsabilidad como si estuvieran a la par, pidiéndole que ubique el papel que le corresponde como su hija y no su hermana, en vez de dirigir el mismo discurso a la mamá o la tía, que, en ésta familia, no queda claro quién actúa de mamá y quién actúa como la tía. Como respuesta a ésta incertidumbre Desiré responde colocando a la madre como una hermana, estableciendo abiertamente que ella no hará caso a Eloísa porque ella no es la que manda.
- Con el paso del tiempo la relación que Rosita esperaba que se desarrollara en la familia a partir de su disposición para enseñar a Eloísa nuevas cosas, al ser la que establece qué, cuándo y cómo se hacen las cosas, ha producido en Eloísa un rechazo explícito de los intentos de Rosita para ayudarla, respondiendo con agresividad, tratando de defender lo que piensa y pidiendo a partir de la reactividad que se le reconozca como la madre de sus hijas. La lucha de ambas

por definir quién tiene el control y quién debe establecer las reglas del juego, a las que a veces Eloísa se adecúa, sobre todo cuando se relacionan con recibir cuidados que no puede proveer ella por su “incapacidad”, ha generado un ambiente de alta emoción expresada, donde los roles son confusos; Eloísa lo percibe cuando la tratan como una hija más, pero demandan cosas de ella como una mujer adulta. Desiré lo expresa señalando que la autoridad es su tía y abuela, debido a la constante desaprobación de los intentos de Eloísa para educarla. Es decir, la tía se comporta como la madre cuando debería funcionar como la tía, la sobrina se comporta como la madre en ocasiones y se posiciona en otras como la nieta, Desiré parece a veces la hija de Eloísa y en otras la hermana de la misma. La confusión constante en el hogar ha llevado a que el sistema se desintegre nuevamente, con la salida de Eloísa de la casa de Rosita y la separación de su hija.

- La poca participación de Conchita, hasta la fecha, para crear un espacio de seguridad para Eloísa ha generado en Eloísa resentimientos, que no permiten que Eloísa perciba los intentos de Rosita por proveerlas de un ambiente más armónico. Se sabe que en un inicio Rosita intentó enseñar a Eloísa a realizar algunas cosas en el hogar, sin embargo, se puede pensar que a éstos intentos Eloísa responde como lo hace con su madre, pensando que será descalificada, que se le piensa incapacitada, ideas reforzadas por Rosita cuando la responsabiliza de los abusos de sus hijas. Todo esto promueve que la atención de Eloísa se encuentre en defender sus decisiones y las razones del porqué lo hizo y no esté su atención en el cuidado y el afecto que sus hijas le demandan, pues ya Evelyn le ha dicho que no la apoya.
- Parece ser que Rosita ocupa un lugar central pues lo que ella diga que se debe de hacer, se hace en la familia. La autoridad de Conchita, a pesar de ser la hermana mayor de Rosita, no se observa, pues se esperaría que en el momento en que escuchó a su hija decir que no la estaba pasando bien en casa de su tía, tomara la decisión de llevarlas de regreso a su casa. Esto se puede explicar desde la historia de maltrato que han vivido su hija y nietas, que seguramente ha generado en ella un sentimiento de inadecuación materna, pensándose quizá poco capaz de proveer lo que su hija y nietas necesitan de ella: un espacio seguro, comprensión y afecto. Idea reforzada seguramente por los reclamos continuos de afecto por parte de Eloísa.

- Las reacciones de Eloísa tan impulsivas, su necesidad constante de defender su postura, el estar tan centrada en el pasado, su desesperada necesidad de un punto de referencia afectivo, su vivencia depresiva asociada a la pérdida de referencias anteriores, la pobreza de sus intercambios verbales y la tendencia a trasladar directamente las emociones al plano de la conducta delatan cómo afecta el trauma sexual infantil a la definición de su sufrimiento psíquico. Con el paso de los años estos síntomas de funcionamiento han llegado a cristalizarse por lo que resulta un trabajo arduo para el equipo terapéutico y para la familia alcanzar un cambio mínimo (Cancrini, 2007).
- Desiré puntúa de otra manera las relaciones con las personas significativas de la familia. La autoridad no recae en Eloísa, para ella la madre y la persona que da las órdenes en realidad es su abuelita, siendo Rosita alguien de la misma generación que Eloísa ubica en ella el papel de autoridad, aquella persona que establece los límites. Las respuestas de Eloísa a las solicitudes constantes de Rosita por asumir la responsabilidad de su cuidado quejándose, discutiendo, siendo agresiva, etc., refuerzan en Desiré la idea de que su madre no es una persona competente para hacerse cargo de ellas y por lo tanto no sin derechos para hacer valer sus deseos, que se le respete y se obedezca. La permisividad y la violencia ejercida hacia la niña, fomenta en ella conductas agresivas, impulsivas, así como desobediencia. La dificultad para encontrar una figura materna que provea los cuidados y afectos necesarios, fomentan éstas conductas, dificultando la adaptación a una familia plurinuclear y pluriparental.
- Es poco lo que se sabe sobre Evelyn, pero después de una sesión con ella se observan características semejantes a su madre, así como una historia de abandono similar. Puede pensarse que el trauma del abuso sexual infantil y la negligencia en su cuidado genere en ella características como la pobreza de sus intercambios verbales y una desesperada necesidad de un punto de referencia afectivo, que demanda constantemente a su madre, a quién ubica como figura de poder y fuente de afecto, sin embargo, la historia de descuido, desprotección, abuso y los múltiples dilemas relaciones de la familia, no permiten que Eloísa cumpla lo que su hija necesita de ella.

E. Análisis del caso basado en los sistemas de significados

Manejo Coordinado de Significados

Como sabemos, la comunicación crea realidades sociales, donde cada mensaje presenta muchos más niveles que el de contenido y el de relación. A estos se agregan: el episodio, la relación entre los comunicantes, el self o biografía personal y los modelos culturales (Ugazio, 2001). Se plantean como elementos importantes del manejo coordinado de significados la fuerza contextual, la fuerza implicativa, los principios regulativos, las reglas constitutivas, la reflexividad entre niveles, los circuitos armónicos y los circuitos bizarros (Reséndiz, 2014).

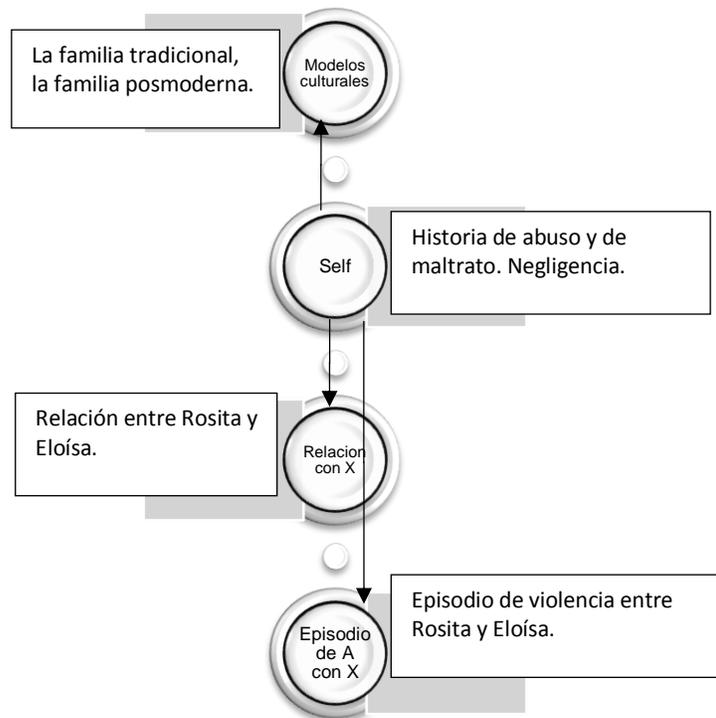


Figura 3. Manejo coordinado de significados de la familia

En el caso particular de Eloísa la biografía personal o self es el contexto en el que se interpretan las relaciones y los episodios. Es así que las relaciones con las personas en general están matizadas por explicaciones de abuso, abandono, negligencia y maltrato. Sus experiencias de vida relacionadas con estas explicaciones son los lentes a partir de los cuales ella se relaciona con los otros, a través de la desconfianza, la reactividad, la agresión y la impulsividad. Un episodio en el que ella tuvo responsabilidad de su

desenlace es para ella culpa del otro, sin poder observar su participación en la interacción.

Podría pensarse que para Rosita los modelos culturales de la familia “normal” en contraposición con la familia disfuncional que ella describe, se vuelve el contexto en el que interpreta la relación con su sobrina y nietas. Las expectativas de adecuación y responsabilidad por parte de la madre, la describen a ella como capacitada para cumplir éstas expectativas, sin embargo, su relación con Eloísa, su hermana y sus nietas, por simplificar las relaciones, son leídas a partir de estos modelos culturales no satisfechos, es así que ellas son incompetentes para llevarlos a cabo y cada episodio en la familia confirma ésta interpretación.

A partir de la última conversación con Rosita se puede pensar que así era al inicio del tratamiento, ahora los episodios han empezado a contextualizar los demás niveles. Observando que cada situación de discusión con Eloísa fue cambiando la relación, de considerarla su sobrina, a pasar a ser alguien que no quería más en su hogar y cambiando su biografía personal de competencia y control a una donde no puede cambiar las circunstancias.

Para Conchita pareciera que el contexto es la relación con la que contextualiza las interpretaciones. Es así que la biografía personal está en función de su competencia o incompetencia para cumplir funciones como son de madre, hermana, abuela, esposa, etc.

Para Desiré, la relación funciona como contexto para explicar su posición como hija en realidad de la abuela o de la tía y no de Rosita y dar así significado a los episodios, respondiendo a ellos en un intento por confirmar la relación a partir de la que ella interpreta con respuestas hacia Eloísa como “tú no me mandas”.

En el caso particular de la familia H.J. podemos hablar de un circuito bizarro que crea malestar y patología. Se puede pensar que la recursividad y ambigüedad representan contextos cuya naturaleza está rígidamente definida y que resulta en la incapacidad de evolucionar, cambiar y crecer (Ugazio, 2001).

Polaridades Semánticas

Las polaridades semánticas familiares consideran la oposición polar como una matriz para la construcción de identidades individuales (Ugazio, 2001).

En la familia H.J. la polaridad semántica que prevalece es *inteligente-tonto*. Ésta polaridad es importante porque a partir de ella se distinguen los individuos que no sólo tienen capacidades cognoscitivas mayores, sino también aquellos con las habilidades para desarrollar autonomía, independencia y estabilidad.

Aquellos que caen dentro de la polaridad inteligente son aquellos que han terminado la escuela, que se hacen cargo de sí mismos o de sus hijos, que son independientes económicamente: Rosita y los tíos.

Los tontos se caracterizan por un desarrollo cognitivo “limitado” detectado por problemas en la expresión verbal, en el autocuidado y en la autonomía. Aquí puede estar Eloísa, Desiré, Evelyn y el padre de Eloísa.

Las polaridades al ser de naturaleza triádica (Ugazio, 2001) se caracterizan por los individuos que no son ni inteligentes ni tontos. Se conoce poco de los demás miembros de la familia pero se puede hipotetizar, por las descripciones que se hacen de la familia que Conchita podría ocupar éste lugar.

Como se sabe, la organización del significado en polaridades antagonistas hace ineludible la intersubjetividad, donde es imposible huir del diálogo y la conversación. La definición de uno mismo semánticamente relevante requiere la inclusión de otro en la conversación. Dado que cada cual asume una posición en un contexto conversacional, ciertas historias les serán posibles, mientras que otras les resultarán difíciles (Ugazio, 2001).

Si esto es así, no es de sorprender que en el extremo de los “tontos” se encuentren aquellas personas con características tan peculiares y compartidas. En el caso de Eloísa y sus hijas puede reflexionarse que aquellas historias permitidas y alrededor de las que giran sus vidas se desenvuelvan bajo el abuso, la negligencia y la dependencia.

Si la posición polar es matriz para la identidad y ésta es relativa a la conversación, asumir una posición en el contexto conversacional significa que dispongan de una gama de estrategias o hábitos comunicativos verbales y no verbales, así como de un conjunto de emociones, premisas, esquemas, sistemas de creencias y objetivos coherentes con esa posición (Ugazio, 2001). Se observa en Eloísa como hábitos comunicativos verbales y no

verbales la inteligibilidad, la pobreza en sus intercambios verbales, las reacciones agresivas e impulsivas. Predominan emociones como el enojo que se lleva rápidamente al plano de la conducta y la incapacidad para elaborar emociones como la tristeza o de identificar otras y manejarlas. Entre las premisas, que se desarrollarán con posterioridad, como el abuso es inevitable o que alguien debe de estar bien y alguien debe de estar mal, que determinan conductas, objetivos que confirman la posición de dependencia, incapacidad, inhabilidad e incompetencia.

Si hablamos de Rosita ubicándola en el extremo de la inteligencia, se construye a partir de la competencia, la adecuación, la autonomía y la independencia. Como ya se mencionó existe una gama de estrategias, hábitos, emociones, etc. que caracterizan a las posiciones. En Rosita se puede observar la coherencia verbal de sus intercambios verbales, la claridad de los mismos, emociones cargadas de optimismo y esperanza, premisas como que la responsabilidad es una obligación ligada con objetivos que apuntan hacia la independencia por parte de los miembros de la familia.

Se concluye que las relaciones alimentadas por las posiciones polares contrapuestas producen la exteriorización de las cualidades individuales, observables y ya descritas en Eloísa y Rosita, mientras que las relaciones que construye la posición intermedia da lugar a la centralización. En el caso de Conchita la centralización implica que se alié o entre en conflicto con quien ocupa los extremos, se desplaza sensiblemente entre uno y otro polo. Debido a que su atención se encuentra en mantener el equilibrio respecto a los extremos, la definición de sí misma es menor respecto a la dimensión semántica en la que tiene lugar la confrontación. Es por esto que resulta difícil identificar a Conchita en uno de los extremos y observarla por momentos de lado de Eloísa y en otros del lado de Rosita. Pensando que ocupar ésta posición se caracteriza por elementos específicos se observa en ella no fijar un acuerdo abierto y explícito con ninguna de las polaridades, moverse entre la concepción de Eloísa como una persona incapacitada y como alguien que puede aprender.

Finalmente, se sabe que es el adulto quien da significado a los acontecimientos. En la relación adulto-niño no existe la bidireccionalidad en el nivel semántico. Es así que el adulto proporciona al niño un andamiaje semántico dentro del cual el pequeño empezará a crear su identidad con los miembros de la familia, definiendo así su propia posición (Ugazio, 2001). En el caso que nos ocupa, que Eloísa interprete constantemente el comportamiento de sus hijas como agresivo y que responda de forma congruente con esa

interpretación, no significa que las hijas desarrollen una posición congruente con esos términos. Lo que si indica es que la polaridad agresividad-ternura destaca para ellas. La configuración de Desiré en particular como agresiva depende de la alianza con Rosita y de la configuración confusa de las relaciones familiares que se han creado. Se identifica entonces otra polaridad dentro de la familia.

Las polaridades podrían esquematizarse de la siguiente manera, derivando todas de una principal. Esta polaridad es seleccionada como principal después de que en una sesión Eloísa comentó que las cosas que realiza son leídas a partir de la misma, siendo objeto de comparaciones en la familia cuando hace algo bien o cuando hace algo mal.

Inteligente-tonto:

Independiente-dependiente

Autónomo-incapaz

Ternura-agresividad

Estabilidad-inestabilidad

Impulsividad-control

Responsabilidad-irresponsabilidad

Ecología de las Ideas

Se entienden por premisas a las creencias estructuradas en el inconsciente de la familia que funcionan como *hábitos de puntuación* de la realidad familiar compartida y que en general los miembros tienen poca o nula conciencia porque son presentadas como si fueran la realidad (Reséndiz, 2014).

Al ser enunciados relacionales, englobar al grupo familiar y de carácter abstracto tienen un valor adaptativo, pero pueden ser fuente de sufrimiento. Las premisas identificadas en la familia y las ideas alrededor de las mismas se describen a continuación.

- *El abuso es inevitable.*

Es bajo ésta premisa que puede ser comprendida el rechazo de la familia por las figuras masculinas, al considerar que el abuso es algo que no se puede evitar, las integrantes se relacionan con los mismos permitiéndolo, en el caso de Eloísa, o evitando toda clase de relación con los hombres, que podría ser el caso de Conchita. Al percibirlos como la

fuerza de los abusos ocurridos en la familia, se organizan de tal forma que impiden la entrada de cualquiera a la vida de Eloísa, sobreprotegiéndola e incapacitándola. En el caso particular de Eloísa, al ser una premisa que domina su forma de puntuar la realidad familiar, vive constantemente las reacciones, intenciones, incluso atenciones de los demás como una variante más de abuso-agresión. En el caso de las hijas de Eloísa puede pensarse que la conducta de autocuidado que no se ha fomentado en la familia, ya que si algo se considera inevitable no hay nada que lo pueda detener, favorece que Desiré, como se observó en sesión, se siente en las piernas de la terapeuta, se aproxime demasiado a ellas y bajo un contexto inseguro, se ponga en riesgo.

- *No se debe hablar de los abusos en la familia.*

Junto con la premisa anterior, ésta establece formas de actuar frente a los abusos. Si son inevitables, por lo tanto no es necesario hablar de ellos. El hacerlo solo generaría malestar en las personas responsables de los mismos y evidenciaría el contexto inseguro que no promovió la familia. Quizá se crea que son experiencias que con el tiempo se arreglarán o que corresponde a la persona abusada elaborar, fomentando un espacio que no promueve el autocuidado y que abre la puerta a nuevos abusos.

- *El enojo debe ser silenciado.*

Actitudes como las de Eloísa que evidencian su desagrado e inconformidad en relación a la forma en que la tratan y se aproximan a ella y a sus hijas, es motivo de constante conflicto en la familia, bajo la idea de que las emociones negativas deben ser reprimidas, incluso negadas en la familia. Esto ha promovido una incompetencia para el manejo adecuado de todas las emociones en la familia, donde curiosamente el enojo es el que predomina en las relaciones, que frecuentemente se convierte en violencia entre las integrantes de la familia.

- *No se pueden hacer las cosas diferentes porque es mal visto.*

Esta premisa puede incluir al equipo terapéutico en el proceso, ya que durante el trabajo se han establecido caminos para promover el cambio y por tanto la diferencia, invitando a la familia a realizar acciones que aclare las confusiones en el sistema, sin embargo, la diferencia resulta amenazadora, por lo tanto, no es permitida, incluso es rechazada, en algunas ocasiones con violencia por parte de la familia dentro de su contexto.

- *En ésta familia no se escuchan las necesidades de los demás.*

Se escucha como en la familia esta premisa imposibilita que se escuchen los deseos, por parte de las integrantes, de bienestar para las otras y para ellas mismas. Tienen objetivos similares, pero al estar tan pendiente de lo que se necesita porque se ha sido violentada, porque la muerte se aproxima, porque se es pequeña y los deseos propios son primero, no logran encontrar maneras de coordinarse para lograr esos objetivos familiares que no son tan distantes.

- *La responsabilidad es una obligación.*

Bajo esta premisa se desenvuelven muchas de las discusiones que tienen lugar en el hogar. Los discursos, actitudes y formas de comportarse de Rosita y sus deseos para que Eloísa se haga cargo de sus hijas se desprenden de la misma. Pero no sólo es Rosita la que desea que ella se haga responsable, parece que Eloísa también, al demandar se reconozca su autoridad, en un intento por asumir lo que le corresponde.

- *Alguien tiene que hacerse cargo de la familia.*

Junto con la premisa anterior, ésta organiza a la familia, creando confusión en el sistema, al transmitir un mensaje contradictorio, ya que los miembros al poner en práctica el cuidado hacia los otros, imposibilitan que se asuma la responsabilidad que tanto se requiere. Es así que en momentos se hace cargo Rosita, Conchita, Eloísa, etc.

F. Evolución del sistema familiar en el proceso terapéutico e intervenciones asociadas

Como sabemos los sistemas modifican su ambiente y a la vez el ambiente modifica a los sistemas. Por lo tanto es necesaria de la coevolución para que se mantengan mutuamente coherentes si es que no quiere desaparecer. Esta dependencia determina las condiciones de evolución de ambos estableciendo una relación complementaria entre estabilidad y cambio. El sistema y el contexto evolucionan y cada cambio genera estabilizaciones e interdependencia. Los sistemas observantes, como lo son la familia y el equipo terapéutico, son complementarios en la medida en que existe una perturbación bidireccional entre ellos. Es por esto que no se puede hablar de observador y sistema como realidades separadas (López, Manrique y Otero, 1990).

Considerando que no hablamos de un sistema familiar tradicional, estamos frente a una “nueva familia” que, como todas, afronta eventos críticos y fases de transición que son acompañadas de malestar y sufrimiento (Fruggeri, 2012).

Es por eso que la descripción de éste apartado se realizará a partir de las primeras reuniones con la familia y posteriormente con los cambios observados en Eloísa, pues es la portavoz del cambio en la familia hasta la penúltima. Las intervenciones son descritas en seguida de la descripción de la etapa y no pretenden ser exhaustivas debido a que se explicaron previamente en el apartado del resumen del tratamiento terapéutico.

En el sistema familiar:

1. Responsabilidad-desvinculación. En un inicio la familia intenta llamar a cada uno a sus responsabilidades, particularmente a Eloísa, con la intención de que asuma los cuidados que ella y sus hijas necesitan, desvinculándose de la protección de las tías.

A) Prescripciones conductuales. Se invita a la familia a dejar los temas difíciles para las sesiones y promover espacios de convivencia sanos.

B) Preguntas lineales: Dices que estas situaciones te entristecen ¿Qué es lo que te entristece?

C) Preguntas estratégicas: Eloísa ¿Cómo te explicas que aquí no gritas, que has estado hablando bien y tranquila?

D) Preguntas reflexivas: ¿Qué efecto crees que tenga en Eloísa que le griten y le estén diciendo cosas feas?

2. Comprensión del diagnóstico.

A) Reencuadre: Las dificultades no como resultado del diagnóstico sino por un contexto emocional que crea problemas en la familia.

En el trabajo con Eloísa:

1. Diferenciación de responsabilidades. Si bien el trabajo continúa en la línea de la responsabilidad, ésta se desplaza a la comprensión de los abusos y la atribución de responsabilidades a los agresores.

A) Consejo experto. Se establece que el abuso no es culpa de la persona que lo vivió y que el responsable es siempre la persona que lo lleva a cabo.

- B) Preguntas lineales: ¿Quiénes te dijeron que tú tuviste la culpa?
 - C) Preguntas reflexivas: ¿Tú estás de acuerdo en que tuviste la culpa?
2. Protección. A la par del trabajo de comprensión-diferenciación-responsabilización se reforzó un ambiente de cuidado para la familia que no permita más los abusos.
- A) Preguntas circulares: ¿Cómo puede ella diferenciar la agresión de la no agresión?
 - D) B) Preguntas reflexivas: ¿Cómo fue que decidiste denunciar el abuso de Cherlin? ¿Cuándo ves el riesgo? ¿en qué situaciones ves que tienes que protegerte y proteger a tus hijas?
3. Distinción agresión-no agresión.
- A) Preguntas reflexivas: ¿En qué situaciones Eloísa observa que es violentada por Rosita y Juan? ¿En qué momentos no? ¿Qué experiencias de no violencia ha tenido?
 - B) Preguntas circulares: En ese entonces no alcanzabas a percibir que eso era violencia. ¿Ahora para ti es más claro?
 - C) Elogio: Al final de las sesiones se puntualizaba la armonía en la conversación, producto de la participación de Eloísa.
 - D) Reencuadre: La forma en que la tratan puede quitar la etiqueta de una persona loca y colocar sus acciones como una respuesta a la violencia.
 - E) Preguntas orientadas al futuro: ¿Cómo te gustaría que fueran las cosas? ¿Qué panorama quisieras ahora?
4. Involucramiento en el cuidado infantil.
- A) Preguntas reflexivas: ¿Qué crees que es lo que Evelyn te pide cuando dice que no la apoyas? ¿Qué es lo que Rosita hace que le funciona con Desiré?
 - B) Preguntas lineales: ¿Por qué crees que Rosita te dice eso (que ella golpea a la niña)? ¿Qué ve ella que te pone ese nombre (violenta)?
 - C) Escenificación: Se pide a Eloísa que muestre competencia para que Desiré se comporte en la sesión.

G. Sistemas observantes

Construcción del sistema terapéutico en el proceso

Se pueden ubicar diferentes movimientos que llevaron a la creación de una relación terapéutica (equipo terapéutico-familia-terapeutas) que puede considerarse estable y satisfactoria en el estado actual de la relación.

La construcción del sistema terapéutico inició con el primer contacto telefónico, en el que el respeto por parte de la terapeuta y la confianza por parte de la familia permitieron el establecimiento de un primer encuentro.

El trabajo en colaboración del equipo terapéutico, estableciendo los objetivos para la primera sesión, cobijando los temores en relación a la problemática presentada por la familia favoreció una sensación de competencia en las terapeutas. Ya en sesión la disposición por parte de las terapeutas para conocer las experiencias de cada una de las integrantes, la confianza en la institución por parte de la familia, la corroboración de la confianza por parte de las terapéuticas a partir de la escucha activa y la empatía, así como la esperanza en un futuro prometedor permitió consolidar en ésta sesión la relación con la familia (al menos con Rosita y Conchita).

Para la siguiente sesión a la que acudieron sólo Eloísa y Conchita, al hablar de responsabilidad percibida por parte de la familia para alcanzar los objetivos ya que, a pesar de la ausencia de una de sus miembros, acuden puntuales a sesión, su disposición para expresar las inconformidades y las diferencias de opinión que tienen en relación a los problemas, todo esto favorecido por la escucha respetuosa de las terapeutas, junto con los comentarios e intervenciones pertinentes del equipo, permitió la creación de un ambiente en el que si bien las emociones se exacerban, éstas pueden presentarse para su comprensión y elaboración.

Se puede pensar que para la sesión el intento de las por entender la situación familiar, por iluminar áreas de oportunidad y posicionarse desde la empatía, permitió que la relación no se viera alterada a pesar de los temas que se abordaron. Si emociones como la tristeza y la incomprensión pudieron haber sido experimentadas por Eloísa el trabajo realizado en el equipo terapéutico previno sus efectos en el sistema familiar al procurar una llamada telefónica de atención a Eloísa y focalizando necesidad de un espacio para que ella se exprese. La disposición de Eloísa para asistir, presentarse a la sesión a pesar de los

inconvenientes que implica para ella salir sola, la confianza de la familia en que ella asistiera sin las demás a sesión, previno la disolución del sistema.

A partir de la separación de las integrantes y las reuniones con Eloísa fue necesario por parte del equipo un reacomodo para que ella no se sintiera juzgada, ni amenazada a partir del interés por su experiencia, de la atención en sus descripciones tan detalladas, de las interrupciones respetuosas para aclarar la información. En un inicio se observó confianza por parte de Eloísa al exponer sus vivencias al equipo, a la que se le sumó después respeto, cercanía y consideración, respeto en el sentido de tomarse el tiempo para explicar a la terapeuta lo que no escucho cercanía al referirse a la otra terapeuta por su nombre corto y reaccionar con emoción cuando las coordinadoras del taller se integraron a la sesión. Finalmente, consideración en el sentido de observar que las interrupciones de las terapeutas son con una intención y aclarar que necesita terminar lo que está relatando para dar pie a lo que las terapeutas quieren plantear. La participación de dos de las integrantes en el proceso terapéutico al incorporar a Eloísa en su Taller, favoreció el reconocimiento de habilidades distintas a las ya señaladas por la familia, favorables, en contextos diversos.

Todos estos elementos permitieron y permiten que Eloísa se sienta en confianza para exponer su postura ante los problemas, la violencia, la educación, etc.

Debido a que los procesos cambian y evolucionan, se puede pensar en que la integración de nuevos elementos al sistema, como salir del sistema educativo, poder dar respuesta a las necesidades de los demás miembros de la familia, quizá al ser atendidos por otros terapeutas, favorecerá que el cambio se siga promoviendo.

Evolución de la relación terapéutica

Este punto para ser diferenciado del anterior se ahonda en la relación con Eloísa. Ésta ha estado cargada de momentos claramente distintos.

En un inicio Eloísa encuentra inútil asistir a la terapia, considerando que se necesita de la participación de los demás para alcanzar algún cambio. Es así que se observa que los comentarios con visión positiva por parte de las terapeutas no son significativos para ella. El reconocimiento en sesiones posteriores de su posición de desventaja en la familia, de

sus habilidades a pesar del diagnóstico, facilitó que ella sintiera un mínimo de empatía por parte de las terapeutas. Al separarla de la familia y hablar de las experiencias de abuso en la familia, se favoreció un ambiente de confianza, que no enjuicia, señala a los abusadores como responsables de la violencia y no a ella, algo distinto a lo que la familia continúa haciendo, que puede ser elemento esencial para que ella observe en las terapeutas no sólo a dos personas interesadas en su historia, sino también interesadas en su experiencia de dolor y sufrimiento. Su asistencia al Taller Prevención del Abuso permite que esté en contacto con dos miembros del equipo que refuerzan su capacidad para establecer relaciones diferentes. Es así que se promueve que la paciente empiece a recibir las ideas planteadas por el equipo terapéutico, reflexionando si lo que vive es o no agresión y poniéndolo en práctica en otros contextos. El respeto y la empatía facilitaron la cercanía con Eloísa que después de varias sesiones se dirige a la terapeuta por su nombre corto y se toma el tiempo para explicar lo que la coterapeuta no escuchó.

Posición o posiciones del terapeuta a lo largo del proceso

Bertrando (2011) menciona que hablar de la posición del terapeuta significa considerar la posición dada por el contexto y la posición que el terapeuta elige, sabiendo que la actitud del terapeuta influye en la posición que se le es dada y cómo el contexto influye en su toma de actitud. Esto me lleva a reflexionar en relación a lo que ya se ha establecido, que el terapeuta no es un participante ingenuo de la conversación, su presencia afecta al sistema. Mi trabajo se contextualiza dentro de una institución educativa, en un país latinoamericano, siendo estudiante y bajo supervisión. Entonces la posición del terapeuta está dada por el contexto que da cuenta de los comportamientos de los miembros de la familia y de las acciones del terapeuta que asumen significados en relación a la situación (Fruggeri, 1998).

Debido a las características de la familia tan particulares, sus comportamientos, en particular en la última sesión dan la impresión de que el contexto educativo permitiera otro tipo de conductas, que en otros contextos no se aprobarían. Como que Desiré se quite los zapatos, me hace pensar que nos ubica como profesoras, es algo que con ellas hace y es como Rosita al inicio del proceso nos llamó: “las maestras”. Me hace pensar también que para Eloísa las terapeutas si bien son personas “muy lindas”, son estudiantes que no tienen un impacto tan fuerte como las palabras de la psiquiatra que la diagnosticó.

Por otro lado, es el mismo contexto que determina mis acciones dentro de la terapia. Considero que mi posición durante el proceso terapéutico se movió bastante. Haré una separación para que quede más claro. En un primer momento me coloqué como terapeuta-aprendiz frente a la familia, frente al equipo y frente a mí misma, al inicio del semestre y al ser mi primera experiencia supervisando bajo el modelo de Milán, estaba al pendiente de los comentarios del equipo y del supervisor. Bajo el contexto educativo no fue difícil para mí empezar así. Conforme fue pasando el tiempo y observando que me estaba constando trabajo incorporar los comentarios del equipo y del supervisor al trabajo terapéutico, decidí tomar una postura diferente, como terapeuta-en formación, que implica que tengo conocimientos después de año y medio que puedo poner al servicio de la situación, incorporando sólo aquellos comentarios que del equipo fueran diferentes o plantearan alternativas a lo que yo estaba observando. Quizá este movimiento se vio influido por el poco efecto que a mi parecer no estábamos teniendo en la familia. Finalmente, observando las limitaciones que el contexto educativo impone, me posicioné como terapeuta-responsable del caso, que alude a una participación más activa en el proceso de cambio y a un aumento en mi consciencia de responsabilidad frente al caso. Es así que al final decido recomendar a la familia que asista a una asociación civil para que su demanda pueda ser atendida.

Bertrando (2011) habla de elementos que configuran la posición del terapeuta: la curiosidad, la responsabilidad, la irreverencia, la actitud ética, los prejuicios, la cultura y el sistema significativo, de los que estuve al pendiente la mayor parte del tiempo, aunque no fui consciente al cien por ciento. Todo esto me hace reflexionar en el concepto de circularidad, entendida como la capacidad del terapeuta para conducir su trabajo en base a la realimentación que la familia le da y viceversa, el cambio que el terapeuta hace de posición y el efecto que tiene en la familia.

Hipótesis sistémicas sobre el funcionamiento del terapeuta en el proceso

Bertrando (2011) menciona que en la selección de hechos y conexiones pasa por el filtro personal del terapeuta, cernido a través de todo el cuerpo de su experiencia, formación y conciencia emocional, es decir, el terapeuta hace uso de un repertorio de hipótesis basadas en sus propias premisas. El terapeuta es llevado a formular hipótesis que resuenan con sus premisas básicas y con estas hipótesis seleccionará y reinterpretará

temas particulares de la historia de los consultantes. Las hipótesis pueden verse como provenientes de la interacción entre las historias personales del terapeuta y las situaciones clínicas que tiene que enfrentar.

En el trabajo con la familia me remití a la experiencia que tuve laborando con familiares del psiquiátrico en el que trabajé, es por eso que resultó sencillo a mi parecer crear una relación con la familia. Es algo que se me facilita y creo que nuevamente el caso da noción de ello. En esa época tuve que enfrentar mi temor a la enfermedad psiquiátrica y a la familia “que enferma”. Es así que conocí a personas con dificultades como cualquier otro, interesados en mejorar, en un contexto que limita la atención integral de los miembros de su familia. Ya sabía algunas cosas sobre la personalidad límite pero durante éste último mes que he estado aprendiendo más sobre los temas de violencia y abuso, definitivamente mi interés y temores se desplazaron de la enfermedad psiquiátrica a las relaciones abusivas. Para lograr abordar los temas eche mano de mi experiencia con mujeres violentadas y su sufrimiento. Veo en sus rostros el dolor e inmediatamente me vuelvo una persona comprensiva y compasiva, creo que esto facilitó mi relación con Eloísa.

Los movimientos que realicé y que expuse en el punto anterior los relaciono con el conocimiento previo de las teorías y modelos, que, haciendo uso de la irreverencia y de la filosofía colaborativa me permiten transitar entre unos y otros.

En la generación de hipótesis que a falta de espacio no desarrollaré una por una, considero que me he remitido a mi experiencia con mi familia de origen, vivo con dos mujeres más, mi hermana y mi madre y puedo comprender a veces muy claramente la complejidad de las interacciones en la familia Gómez-Vázquez. He estado en un lugar privilegiado, donde no soy ni la hermana ni la madre, sé que veo la realidad desde mi perspectiva cuando discuto con mi hermana y entiendo la confusión que crean los límites difusos. No me es tan sencillo comprender la posición de las hijas, si bien mis relaciones con los niños en terapia han sido satisfactorias, ellas representan un reto, pues no son niñas que despierten emociones placenteras en mí, las considero mal educadas y disruptivas, en particular a Desiré, creo que esto ha dificultado mi relación con ella en el proceso terapéutico y mi comprensión de su participación y significación en el sistema.

Manejo de la curiosidad, identificación de puntos ciegos, manejo de la intuición y conciencia de los esquemas en los que el terapeuta basa su trabajo con la familia.

Curiosidad: Cuando somos curiosos acerca de los patrones y relaciones entre ideas, gente, eventos y comportamientos, se perturba el sistema con el que se está interactuando de forma diferente a las basadas en los intentos de descubrir la descripción/explicación correcta (o conexiones causales) (Cecchin, 1987). Considero que en el proceso en particular la curiosidad fue un elemento que si bien estaba presente me costó mucho introducir al diálogo, sobre todo por la pobreza de los intercambios verbales con Eloísa en particular y por la dificultad para que las sesiones tuvieran estructura cuando asistió toda la familia. Sin embargo, sé que cuando se trata de conocer las experiencias de vida de las personas que han sufrido abuso, mi lenguaje corporal transmite totalmente interés, comprensión y respeto. En ese sentido creo que fui muy curiosa intentando conocer la experiencia de la familia en relación a los abusos, los efectos, las explicaciones a su alrededor, frente a las limitaciones para establecer una conversación fluida.

Puntos ciegos: Los puntos ciegos para mí en este trabajo en particular han sido los mensajes en el nivel analógico de las conversaciones. Es algo que a partir de esta supervisión he tenido que estar más atenta, pero que no ha sido algo que se favorezca en otros espacios, pienso que incluso en ninguno, y que por lo tanto ha resultado un reto. Es alto que la supervisión definitivamente me ha puesto al frente, que considero y el texto de Bertrando lo dice, que es en este espacio en donde los puntos ciegos pueden ser abordados. En ese sentido y hablando de responsabilidad y de perfectibilidad, retomando el texto de Telfener (2014) la única forma de hacer frente a nuestra ignorancia y a los imprevistos, entonces debo conformarme con ella y expandirla aún más, tolerando la duda y sin pretender controlar todo, preguntando, que quizá es algo que también en éste espacio he tenido que como punto ciego, preguntar para perturbar, para que sucedan cosas en el aquí y en el ahora del contexto terapéutico.

Intuición: Observo esta consciencia de no saber que se en los momentos en que realicé un cambio en mi postura, podría decir de una postura menos activa a una más activa, más comprometida con la conversación que se genera en el espacio terapéutico. Pienso que fue intuición, porque si bien es algo que se hay abordado durante toda la maestría, la necesidad de flexibilidad y de moverse de una posición en el proceso y con los requerimientos del caso en particular, no pensé precisamente en un marco teórico, sino

que estuve al pendiente de la retroalimentación en el espacio y de los resultados que estaba teniendo. Puedo pensar que otro momento en que hice uso de la intuición fue cuando pedí a Eloísa que controlara a Desiré en la sesión, es algo que sé desde hace mucho tiempo que se puede hacer, desde el modelo estructural, pero que no había puesto en práctica y que por lo tanto no se vuelve consciente o automático.

Esquemas: Para el caso en particular tuve que echar mano de varios marcos teóricos para el trabajo. Primero la explicación del trabajo con el trauma sexual descrito en Océano Borderline, en el que se plantea que la necesidad de un espacio de confianza y la atención es la relación terapéutica es primordial. Puedo pensar que la lectura tuvo efectos porque la relación terapéutica con Eloísa se caracteriza por un mínimo de seguridad y estabilidad, así como la acción atenta y coordina del grupo de trabajo dispuesto a poner en práctica una forma de maternaje. Posteriormente me referí al conocimiento que he adquirido éste último semestre en relación a los temas de violencia de género, que creo que funcionó mucho para que yo tuviera claro el objetivo que queríamos que Eloísa alcanzara, distinguir la agresión de la no agresión, en otro espacio de supervisión me di cuenta que si el terapeuta no lo tiene claro, menos claro será para el consultante. En ese sentido creo que mucho de mi trabajo se basó en mis conocimientos en relación a la violencia y al abuso y a las ideas que del modelo de Milán se pusieron constantemente en la mesa para el trabajo con la familia. Pensaría que debido a la formación es imposible apegarse a un solo modelo, así que mi trabajo se vio influido por mi interés también en la Narrativa, en la postura Colaborativa, en general en los modelos Posmodernos.

H. Reflexiones

Ha sido muy enriquecedor trabajar con Eloísa, la familia y el equipo terapéutico. El caso desde un inicio y hasta el final fue un reto para mí. Un reto por los temas a abordar, por las características de las integrantes de la familia, por el trabajo en supervisión. Así que hablaré por separado de ellos.

De todos los casos de supervisión el de Eloísa ha sido del que más he aprendido, temía tener un caso de abuso y se presentó. Me dio la oportunidad de tomar una postura ante estos temas. Después de ella llegó otro caso a mí en la consulta privada que evidenció mis limitaciones para el trabajo en estos asuntos. Me di cuenta de estas limitaciones, que en temas de abuso hay mucho por aprender y que existe una parte de responsabilidad

social que se entrelaza con la parte legal. En el caso de la consulta privada, decidí referirlo a la misma asociación a la que recomendé a Rosita que asistieran.

En relación al equipo terapéutico me sentí muy apoyada y totalmente orientada por el equipo, las intersecciones establecían puntuaciones, diferencias, intervenciones que no lograba ver en la sesión, el trabajo en equipo me fascina y definitivamente creo que los resultados del caso es una combinación de muchos factores.

En este momento, si hablamos de la eficacia del tratamiento, me remito a la descripción que hace Fruggeri (1998) del mismo. Implica un proceso en el que los consultantes cambian sus premisas o cambian las conversaciones en las que se involucran, o cambian sus narraciones. Creo que el tratamiento fue bueno para Eloísa principalmente, se observaron cambios desde su interés y constancia en el taller en el que participó hasta la manera en la que se comunicaba con las terapeutas y el equipo durante las sesiones. Si bien no se observaron muchos cambios conductuales, creo que los cambios ya abordados en la relación con Eloísa es evidencia de que se puede lograr algo a largo plazo con la familia. Sin embargo, puedo pensar que las intervenciones hechas por el equipo no fueron integradas al sistema de creencias, mapas y premisas de la familia, todavía.

Debido a la desesperación con la que se aproximó Rosita a mí en la última sesión y por lo que la familia fue derivada a ADIVAC, pienso que es necesario replantear si la familia obtendrá del trabajo individual únicamente lo que necesita. Por ahora no se pudieron cubrir todas las demandas de la familia, porque Rosita está muy interesada en que se trabaje con las niñas, sin comprender aún la co-responsabilidad de la problemática, identificando en las niñas y en Eloísa exclusivamente el problema. También considero que ya Bertrando mencionaba que tenemos que poner atención en quién es el cliente y creo que quizá el trabajo podría enfocarse en el trabajo individual con Rosita ahora que Eloísa ya no vive con ellas y es responsable de Desiré.

2. Habilidades de investigación

Entre los objetivos de la formación se encuentran los relacionados con el desarrollo de las competencias y habilidades que caracterizan al terapeuta sistémico-construccionista, basadas en los lineamientos del código ético y en el compromiso social. Los trabajos realizados durante la formación, que promueven este desarrollo, se muestran a continuación.

2.1. Reportes de investigación

En el siguiente apartado se presentan las investigaciones realizadas con dos metodologías distintas: cuantitativa y cualitativa.

2.1.1. Metodología cuantitativa

El primero consiste en la investigación realizada junto con Andrea Anaya Acosta y Elia Cecilia Fajardo Escoffié que lleva por título *La disfunción familiar como predictor de relaciones codependientes en adolescentes mexicanos*. Pretende cuantificar la relación que existe entre la codependencia y la disfunción familiar. Se realizó la aplicación de tres escalas a adolescentes estudiantes de bachillerato y posteriormente se realizaron los análisis necesarios.

El desarrollo de un Sistema de Evaluación para medir Percepción de Riesgo en el Adolescente forma parte de la segunda investigación que realicé con Andrea Anaya Acosta y Cecilia Fajardo Escoffié titulado *Método de evaluación de la percepción de riesgo en el adolescente*. Al concluir con el proyecto el instrumento contó con validez y confiabilidad.

La disfunción familiar como predictor de relaciones codependientes en adolescentes mexicanos

Andrea Anaya Acosta¹
Cecilia Fajardo Escoffié²
Elizabeth Aldrete Rivera³
Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Una de las consecuencias de las relaciones disfuncionales en la familia es la codependencia. El objetivo del presente estudio fue evaluar la presencia de codependencia en adolescentes mexicanos y su relación con la disfunción familiar. Se aplicaron tres instrumentos –la Escala de Patrones de Interacción de la Estructura Familiar, la Escala Argentina de Codependencia y el Instrumento de Codependencia–, a 304 estudiantes de entre 14 y 18 años. La desunión se observó como la característica más relevante en la disfunción familiar. En la codependencia, los componentes más importantes fueron la confusión emocional y la orientación rescatadora. La desunión, las peleas y la triangulación resultaron predictores significativos de la codependencia por focalización en el otro; la desunión, las jerarquías confusas y la evitación del conflicto predijeron la codependencia por autonegación. Se concluyó que existe una estrecha relación entre la disfunción familiar y los comportamientos dependientes en los adolescentes.

Palabras clave: adolescencia, codependencia, disfuncional familiar, focalización en el otro, autonegación.

¹ Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: andrea_aaa23@hotmail.com

² Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: cez_fajardo@hotmail.com

³ Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: erivera.unam@gmail.com

Family dysfunction as a predictor of codependent relationships among Mexican adolescents

ABSTRACT

One of the main consequences of family dysfunction is codependency. The aim of this study was to investigate the relationship between family dysfunction and the development of codependent relationships among Mexican adolescents. Three scales were applied -The Scale Patterns of Family Structure Interaction, Argentina Scale Codependency Codependency and Codependency Instrument- to 304 students, between 14 and 18 years old. Disunity was the most relevant characteristic in family dysfunction. In codependency, the most relevant components were emotional confusion and rescuer guidance. Disunity, fighting and triangulation were significant predictors, with a positive relationship with codependency by focusing on the other. Disunity, confusing hierarchies, and avoidance of conflict were significant predictors of codependency by self-denial. It was concluded that there is a strong relationship between family dysfunction and codependent behavior in adolescents.

Key words: adolescence, codependency, family dysfunction, focusing on the other, self-denial.

Key words: adolescence, codependency, dysfunctional family, focusing on the other, self-denial.

Introducción

La familia es el grupo social natural primario que constituye la matriz del desarrollo psicosocial de sus miembros a través de los padres, cuyo su objetivo fundamental es proteger a los infantes. López, Barreto, Mendoza y del Salto (2015) definen a una familia disfuncional como aquella en la que los conflictos, la mala conducta y el abuso se producen continua y regularmente, lo que lleva a otros miembros a acomodarse y a normalizar tales acciones.

La disfuncionalidad familiar produce graves efectos negativos en los niños (López et al., 2015), como: a) la carencia de la capacidad de juego o de ser infantil, es decir, un crecimiento psicológico y emocional demasiado rápido en los niños, o por el contrario, b) un crecimiento muy lento o de un modo mixto (por ejemplo, mostrar buen comportamiento social, pero ser incapaz de cuidarse a sí mismo); c) la

manifestación de alteraciones mentales de moderadas a graves, por ejemplo, depresión o ansiedad, algún trastorno de personalidad y pensamientos suicidas; d) la adicción al tabaco, al alcohol o a otras drogas, en especial si el consumo está normalizado en la familia y en el grupo de amistades; e) la rebelión contra la autoridad de los padres o, por el contrario, f) la simulación de aparentes valores familiares, los cuales no son llevados a la práctica; g) la presencia de sentimientos encontrados de amor y odio hacia ciertos miembros de la familia; h) incurrimento en actividades delictivas; i) dificultad para formar relaciones saludables en su grupo de pares; j) padecimiento de algún trastorno del lenguaje o la comunicación (relacionados con el abuso emocional); y k) dificultades escolares o disminución del rendimiento académico.

Las familias disfuncionales suelen estar integradas por adultos codependientes, debido a que en éstas sus miembros

están tan estresados e inmersos en la problemática familiar, que no tienen tiempo de atender sus propias necesidades Bradshaw (2002). Suelen adaptarse a la situación en un intento desesperado por controlarla y se vuelven dependientes de la fuente que les produce el estrés; de este modo, comienzan a proyectar su atención hacia el exterior, impidiendo hacerse cargo de sus propias necesidades o sentimientos.

La codependencia ha sido definida como un patrón relacional disfuncional que se desarrolla sólo con determinados individuos, en donde la persona se enfoca de manera excesiva en las necesidades y en los comportamientos del otro, aunque esto implique negligencia hacia sí misma (Martins-D'Angelo, 2011).

Pérez y Delgado (2003) señalan como causas de la codependencia, las conductas de dependencia aprendidas por modelos significativos o por experiencias previas, la exposición constante a un evento estresante indefinido y los rasgos de personalidad dependiente. Entre los orígenes de la codependencia aparece la historia de maltrato infantil, ya que se ha encontrado que las personas codependientes comúnmente fueron educadas en hogares disfuncionales en los que se convirtieron en cuidadores de sus cuidadores, ya que éstos no pudieron asumir tal papel debido a su incapacidad (Martins-D'Angelo, 2011; Reyome y Ward, 2007).

Muchas de las características de la codependencia han sido establecidas como normas sociales. Entre ellas, la noción tradicional de matrimonio, que considera que dos personas tienen que abandonar su individualidad para convertirse en pareja; el fomento del racionalismo, que implica control en lo que se refiera al placer, la espontaneidad y la expresión de emociones, y la regla de ser amables y agradables con los

demás (Bradshaw, 2002). Noriega y Ramos (2002) plantean que la conducta codependiente es el resultado directo de la inequidad en la distribución de poder entre hombres y mujeres, debido a lo cual ellas son colocadas en riesgo de tener relaciones injustas o violentas.

La codependencia puede conducir al consumo de sustancias, a comportamientos compulsivos, a la autodepreciación y al desarrollo de trastornos alimenticios. Los individuos codependientes se encuentran en estrés constante, lo que puede generar ansiedad, depresión y sintomatología física –agotamiento, úlceras, presión arterial alta, migrañas, problemas respiratorios y cardíacos (D'Angelo y Menéndez, 2011; Gayol y Ramos, 2002; Pérez y Delgado, 2003).

La codependencia también tiene efectos significativos en la elección de la pareja. Según Pinto (2005), las personas eligen a su pareja a partir de cuatro aspectos fundamentales: aquellos afectos que han recibido de los seres significativos durante sus primeros años de vida (papá, mamá, hermanos, abuelos, tíos, amigos, profesores, etc.), los afectos que les hubiera gustado recibir, pero que no les fueron dados, lo que dieron y fue recibido con agrado, y lo que dieron y no fue recibido. Las expectativas amorosas se construyen a partir de esquemas afectivos y cognitivos aprendidos en la familia de origen, y se espera que la futura pareja proporcione aquéllas que dieron satisfacción y las que faltaron.

Las dimensiones de la codependencia que han recibido apoyo empírico son: 1) Escasa autoconfianza, sentimiento de devaluación y deficiencia, que lleva a la persona a tratar de ser perfecta y de controlar a los demás, o vivir completamente descontrolada; 2) Focalización en el otro / orientación rescatadora, derivación del sentido de valía propia con base en el cuidado que la persona hace de otros; 3) Actitud

complacencia, intención de complacer a otros, estando siempre de acuerdo en lo que sienten, piensan y en la manera en que se comportan; 4) Mecanismo de negación, dejar de lado las propias necesidades para satisfacer las del otro; 5) Desarrollo incompleto de la identidad, negación de uno mismo como una forma de sentirse aceptado por los demás, y 6) Represión emocional, desconexión de las propias emociones (Bradshaw, 2002; Finnegan y McNally, 1989; Fossum y Mason, 1989; Mendenhall, 1989).

Se han desarrollado algunos instrumentos para medir la codependencia en adultos. En México, Noriega y Ramos (2002) crearon un instrumento de tamizaje para detectar codependencia de las mujeres hacia su pareja; la escala está compuesta por cuatro subescalas: orientación rescatadora, mecanismo de negación, desarrollo incompleto de la identidad y represión emocional. En Argentina, Biscarra, Brandariz, Lichtenberger, Peltzer y Cremonte (2013) desarrollaron una escala para evaluar la codependencia en personas que convivían con un individuo que padecía un trastorno por consumo de sustancias o con alguna enfermedad crónica en población general; la escala está integrada por tres factores: escasa autoconfianza, focalización en el otro y actitud complaciente.

La investigación sobre codependencia se ha enfocado principalmente en población adulta, por lo que el presente estudio se planteó como objetivo examinar la codependencia en adolescentes y analizar su relación tanto con las variables demográficas (sexo, edad, grado escolar, tipo de familia) como con las relaciones de pareja pasadas y actual de los adolescentes. Asimismo, se pretendió establecer la asociación entre la disfunción en la familia y la codependencia. Un tercer propósito fue evaluar las propiedades psicométricas de dos escalas en español que miden

codependencia en adultos (Escala Argentina de Codependencia e Instrumento de Codependencia, para mujeres mexicanas) y de una que mide disfunción familiar (Escala de Patrones de Interacción de la Estructura Familiar) aplicadas a adolescentes.

Se consideró importante realizar el presente estudio debido a que, a través de la práctica en el área clínica y en el ámbito educativo, se ha observado la importancia del ambiente familiar en el desarrollo psicosocial de los adolescentes, detectándose una influencia directa en la elección y el desarrollo de las primeras relaciones de pareja, pudiendo generar consecuencias y patrones de dependencia para las relaciones en la edad adulta. Por lo anterior, se consideró relevante el estudio en adolescentes como una forma de prevención.

Método

Participantes

Participaron 304 estudiantes de preparatoria, 61.5% hombres y 38.5% mujeres, entre 14 y 18 años (media = 15.93 años; $de = 0.95$). La mayoría formaban parte de familias nucleares biparentales (56.6%) o monoparentales (22.2%); el 21.2% vivía en familias extendidas. El 93.7% de los participantes mencionaron haber tenido una o más parejas en algún momento de su vida; el número de parejas osciló entre 1 y 17 (media = 5; $de = 3.23$), y la duración promedio de su relación más larga fue de 9.53 meses ($de = 7.09$), con rango de 1 a 39 meses. El 57.4% de los estudiantes no tenía pareja en el momento de la aplicación, el 8.3% mantenía una relación "free" y el 34.3%, una relación de noviazgo.

Instrumentos

Se elaboró un cuestionario sociodemográfico para recabar las siguientes variables: sexo, edad, grado escolar, relación de pareja, consumo de tabaco y alcohol, así como el tipo de familia de los participantes.

Con el propósito de evaluar la disfunción familiar, de la Escala de Patrones de Interacción de la Estructura Familiar (Sánchez, 1989), integrada por 85 afirmaciones, se seleccionaron las categorías primarias de disfunción familiar: aglutinamiento, desligamiento, sobreprotección, rechazo, rigidez, evitación de conflicto, conflicto manifiesto sin resolución, triangulación, coalición y rodeo. A fin de efectuar un análisis parsimonioso a nivel teórico y metodológico, los 50 reactivos de estas subescalas se dividieron en dos secciones: una relacionada con las interacciones padres-hijos y otra con las relaciones familiares. Cada una de ellas se trató como una escala diferenciada.

Para medir la Codependencia se aplicaron dos escalas: la Escala Argentina de Codependencia (Biscarra, Brandariz, Lichtenberger, Peltzer, y Cremonte, 2013) y el Instrumento de Codependencia, ICOD (Gayol y Ramos, 2002) para mujeres mexicanas. La primera consta de 26 reactivos distribuidos en tres factores, que explican el 40% de la varianza total: escasa autoconfianza ($\alpha = .87$), focalización en el otro ($\alpha = .81$) y actitud complaciente ($\alpha = .81$); el alfa de Cronbach de la escala total es de .91. El ICOD está integrado por cuatro factores: mecanismo de

negación, desarrollo incompleto de la identidad, represión emocional y orientación rescatadora, que explican el 50.8% de la varianza total y el alfa de Cronbach fue igual a .92.

Se revisó el fraseo de los reactivos de las cuatro escalas a fin de adecuarlos a la población adolescente; se utilizaron seis opciones de respuestas: Totalmente de acuerdo, Muy de acuerdo, De acuerdo, En desacuerdo, Muy en desacuerdo y Totalmente en desacuerdo. Las escalas fueron piloteadas y se efectuaron las correcciones de pertinentes.

Procedimiento

Se solicitó a las autoridades de dos instituciones escolares públicas de nivel preparatoria el acceso para la aplicación de los instrumentos. La batería que integraba el cuestionario demográfico y las tres escalas citadas se entregó a los alumnos en su propio salón de clases para que fuera contestada por escrito, se aseguró la confidencialidad y el anonimato de los datos, y se solicitó su consentimiento informado. Al concluir, se agradeció su participación.

Resultados

Para cada una de las escalas aplicadas se efectuaron análisis factoriales de componentes principales con rotación varimax y análisis de consistencia interna. Los índices psicométricos obtenidos para las escalas aplicadas se muestran en la tabla 1.

Tabla 1. Propiedades psicométricas de las escalas aplicadas.

| Escala | Factores (Media, * desviación estándar) | Varianza explicada | Consistencia interna | Número de reactivos |
|---|--|--------------------|----------------------|---------------------|
| Escala de Disfunción Familiar en las Interacciones Padres-Hijos | <ul style="list-style-type: none"> • Jerarquías confusas (4.29, 0.97) • Triangulación (4.17, 0.17) • Comunicación no asertiva. (4.63, 1.16) | 53.19% | $\alpha=.724$ | 10 |
| Escala de Disfunción Familiar en las Relaciones Familiares | <ul style="list-style-type: none"> • Evitación del conflicto (4.96, 0.87) • Desunión (4.30, 0.98) • Límites difusos (4.91, 0.90) • Coaliciones (4.76, 0.94) • Peleas (3.60, 1.43) | 57.20% | $\alpha=.889$ | 21 |
| Instrumento de Codependencia (ICOD) para mujeres mexicanas | <ul style="list-style-type: none"> • Confusión emocional (4.03, 1.13) • Indefensión (4.63, 0.94) • Orientación rescatadora (3.86, 1.04) • Autonegación (4.25, 1.21) • Represión emocional (4.29, 1.24) | 54.73% | $\alpha=.916$ | 27 |
| Escala Argentina de Codependencia | <ul style="list-style-type: none"> • Sobrecarga emocional (4.04, 1.26) • Escasa autoconfianza (4.24, 1.23) • Focalización en el otro (4.14, 1.05) • Omnipotencia (4.26, 1.11) • Actitud complaciente (4.59, 0.99) | 57.75% | $\alpha=.926$ | 25 |

*Media teórica = 3.5

En los factores de disfunción familiar, las medias de los puntajes de evitación de conflicto y de límites difusos resultaron las más altas, y los de peleas y triangulación, en tanto que en los factores de codependencia, la indefensión y la actitud complaciente tuvieron las medias más altas y confusión emocional y la sobrecarga emocional, las más bajas.

Con el propósito de integrar los factores de ambas escalas de codependencia se realizó un análisis factorial de segundo orden con rotación varimax. El análisis arrojó dos factores que explicaron el 66.86% de la varianza total: Focalización en el otro y Autonegación. La consistencia interna obtenida fue de $\alpha = .907$. La Codependencia por focalización en el otro (media = 4.09, de = 0.92) integró los factores: Sobrecarga

emocional, Escasa autoconfianza, Focalización en el otro, Confusión Emocional, Orientación rescatadora y Omnipotencia. La Codependencia por autonegación (media = 4.44, de = 0.86) agrupó: Autonegación, Indefensión, Actitud complaciente y Represión emocional.

Diferencias en codependencia por variables sociodemográficas

Se efectuaron análisis estadísticos de diferencias por las variables sociodemográficas registradas para los factores de codependencia. Las diferencias significativas obtenidas se muestran en la tabla 2.

Se obtuvieron diferencias significativas por sexo en Omnipotencia,

Indefensión, Autonegación y Actitud complaciente; las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres en todas las subescalas. Las personas que no han tenido pareja mostraron puntajes más altos que las que sí la han tenido en Confusión emocional y Sobrecarga emocional. Los adolescentes que reportaron tener pareja actualmente obtuvieron puntajes más altos que quienes no lo tenían en Confusión emocional. Según el tipo de pareja, se observaron diferencias en Orientación rescatadora y Sobrecarga emocional, en donde aquellos que manifestaron estar

en una relación de noviazgo obtuvieron puntajes más altos en relación a aquellos que tienen un "free", es decir, una relación abierta. Se obtuvo una correlación positiva significativa entre la duración de la relación más larga que han tenido los participantes con las subescalas Confusión emocional ($r = .168$, $p = .005$) y Omnipotencia ($r = .132$, $p = .028$). No se observaron relaciones estadísticamente significativas entre las variables tipo de familia, edad, grado escolar, número de parejas y los factores de codependencia.

Tabla 2. Diferencias estadísticamente significativas obtenidas para las variables sociodemográficas en los factores de codependencia por autonegación y por focalización en el otro

| Codependencia | Factores | Variable | Categoría | Media (Desviación estándar) | Prueba estadística, Significancia |
|-----------------------------|----------------------|------------------|--------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| Por autonegación | Autonegación | Sexo | Mujeres | 4.81 (1.15) | $t(302) = 6.73$, $p = .000$ |
| | | | Hombres | 3.91 (1.12) | |
| | Indefensión | Sexo | Mujeres | 4.88 (0.84) | $t(302) = 3.84$, $p = .000$ |
| Hombres | | | 4.47 (0.96) | | |
| Por focalización en el otro | Actitud complaciente | Sexo | Mujeres | 4.85 (0.86) | $t(302) = 3.69$, $p = .000$ |
| | | | Hombres | 4.43 (1.03) | |
| | Sobrecarga emocional | Pareja | No ha tenido | 4.62 (0.95) | $t(301) = 2.13$, $p = .034$ |
| | | | Ha tenido | 4.00 (1.23) | |
| | | Tipo de relación | Noviazgo | 4.18 (1.02) | $t(126) = 2.26$, $p = .025$ |
| | | | "Free" | 3.63 (1.38) | |
| | Confusión emocional | Pareja | No ha tenido | 4.36 (1.05) | $t(301) = 2.22$, $p = .027$ |
| | | | Ha tenido | 3.82 (1.03) | |
| | | | Con pareja | 4.19 (1.14) | |
| | Sin pareja | 3.92 (1.09) | | | |
| Orientación rescatadora | Tipo de relación | Noviazgo | 3.95 (1.01) | $t(126) = 2.31$, $p = .023$ | |
| | | "Free" | 3.43 (1.07) | | |
| Omnipotencia | Sexo | Mujeres | 4.53 (0.93) | $t(301) = 3.44$, $p = .001$ | |
| | | Hombres | 4.09 (1.17) | | |

Relación disfunción familiar – codependencia

Al analizar las correlaciones entre los factores de disfunción familiar y los de Codependencia (véase tabla 3), se observó que la disfunción familiar

correlacionó significativa y positivamente con la codependencia, es decir, a mayor disfunción familiar, tanto en las interacciones padres-hijos como en las relaciones familiares, correspondió mayor codependencia por autonegación y por focalización en el otro.

Tabla 3. Correlaciones entre los factores de disfunción familiar y los de codependencia

| Codependencia | Factores | Disfunción familiar en las interacciones padres-hijos | | | Disfunción familiar en las relaciones familiares | | | | |
|-----------------------------|-------------------------|---|-----------------|--------------------------|--|----------|-----------------|-------------|--------|
| | | Jerarquías confusas | Triangulaciones | Comunicación no asertiva | Evitación del conflicto | Desunión | Límites difusos | Coaliciones | Peleas |
| Por auto-negación | Auto-negación | .209** | ns | .171** | .258** | .254** | .202** | .171** | .236** |
| | Indefensión | .316** | .259** | .261** | .364** | .402** | .352** | .318** | .303** |
| | Actitud complaciente | .341** | .246** | .227** | .320** | .369** | .327** | .246** | .287** |
| | Represión emocional | .249** | .115* | .126* | .275** | .256** | .127* | ns | .190** |
| Por focalización en el otro | Sobrecarga emocional | .273** | .346** | .269** | .360** | .406** | .208** | .203** | .391** |
| | Escasa autoconfianza | .270** | .296** | .318** | .328** | .455** | .335** | .242** | .362** |
| | Focalización en el otro | .250** | .305** | .235** | .283** | .367** | .180** | .181** | .328** |
| | Confusión emocional | .332** | .343** | .354** | .406** | .463** | .256** | .244** | .411** |
| | Orientación rescatadora | .423** | .371** | .321** | .377** | .422** | .256** | .254** | .377** |
| | Omnipotencia | .281** | .224** | .195** | .245** | .254** | .236** | .217** | .281** |

*p<.05; **p<.001; ns: no significativo

Discusión

El estudio arrojó resultados que muestran una fuerte relación entre la disfunción familiar y la codependencia, de tal manera que las relaciones familiares parecen tener una gran influencia en la predicción de comportamientos codependientes en los adolescentes. El medio familiar es el lugar primario de aprendizaje, desarrollo emocional y social, donde los padres son los modelos a seguir en la forma de establecer relaciones interpersonales (Betina y Contini, 2011; Bradshaw, 2002; López, Barreto, Mendoza y del Salto, 2015). La desunión se observó como la característica más relevante en la disfunción familiar, relacionada significativamente con la sobrecarga emocional, la escasa autoconfianza, la confusión emocional, la orientación

rescatadora y la indefensión (López, Barreto, Mendoza y del Salto, 2015).

La desunión, entendida como una falta de vinculación emocional efectiva, que incluye el maltrato físico y el emocional, la desunión parental, roles y funciones no asumidas, la no responsabilización por las consecuencias de los actos, el alejamiento emocional, la indiferencia, la no resolución de conflictos por falta de recursos, la lucha de lealtades y las constantes discusiones entre los miembros, predicen la codependencia. La débil vinculación emocional genera en los miembros una sensación de minusvalía y subestimación, aumentando la necesidad de complacer o rescatar a otros para sentirse queridos y necesitados (Reyome & Ward, 2007; Martins-D'Angelo, 2011).

En la codependencia, los componentes más importantes fueron la confusión emocional y la orientación rescatadora. A su vez, la confusión emocional está vinculada con la evitación del conflicto y las peleas familiares, y las jerarquías confusas se relacionan con la orientación rescatadora. La observación o participación directa e indirecta en conflictos familiares impide que el adolescente identifique características saludables para relacionarse con otros, ya que se ve afectado el desarrollo personal de cada miembro (Pérez y Delgado, 2003).

La disfuncionalidad familiar explicó el 31.3% de la varianza de la codependencia por focalización en el otro, siendo predictores significativos la desunión, las peleas y la triangulación. Cuando se está demasiado atento a las conductas de los demás, se produce una gran cantidad de estrés e inestabilidad emocional, ya que, como señalan Reyome y Ward (2007) y Martins-D'Angelo (2011), la persona deja de lado sus propias necesidades para enfocarse en las de los demás. Por otro lado, la disfuncionalidad familiar explicó el 20.3% de la varianza de la codependencia por autonegación. La desunión, las jerarquías confusas y la evitación de conflicto se asociaron con los niveles más altos de codependencia. La "no visión del otro" en el contexto familiar y la sensación de ser inadecuado para este medio es reafirmado por las diferencias, preferencias o comparaciones que se hacen entre los miembros de la familia (López et al., 2015). El porcentaje de varianza no explicada podría deberse a rasgos de personalidad del individuo, la situación económica y cultural de la familia, los estresores resultado de cambios significativos en el estatus familiar, o la separación o la muerte de los padres (Pérez y Delgado, 2003).

Se observó que las medias de la codependencia aparecen muy cercanas a la media teórica, lo cual implica que en

los adolescentes las conductas de dependencia están en formación, por lo que la prevención es de suma importancia en esta etapa, es decir, aunque el aprendizaje cotidiano durante la infancia haya forjado un "molde", falta la reafirmación mediante la práctica de la conducta durante la adolescencia. En esta etapa puede haber variables que alteren, para bien o para mal, los patrones aprendidos en la familia (Betina y Contini, 2011).

Las mujeres obtuvieron puntajes más altos que los hombres en las conductas codependientes, especialmente en omnipotencia, indefensión, autonegación y actitud complaciente. Como consecuencia de las normas culturales establecidas diferencialmente por género en las familias mexicanas, se sigue considerando que los varones, como futuros proveedores y cuidadores, necesitan tener preferencia en la familia, generando una sensación de indefensión en las mujeres y la creencia de que por ser más "sensibles" y débiles necesitan complacer a otras personas, especialmente a los varones, para adquirir una sensación de valía y de ser necesitadas e indispensables para los demás. Paradójicamente, se ve a las mujeres como la base de la familia, lo cual produce una sensación de omnipotencia que refuerza la idea de ser necesitadas (Noriega y Ramos, 2002).

Las personas que reportaron no haber tenido pareja obtuvieron puntajes más altos en las conductas de dependencia, sobre todo en confusión y sobrecarga emocional; este resultado podría relacionarse con una visión idealizada y culturalmente influenciada de lo que debe ser una pareja (Bradshaw, 2002). La otra vertiente es la negación de la capacidad para relacionarse de manera asertiva con otras personas por no cumplir o creer no cumplir las expectativas del otro. Con estos datos es posible prever que estos

individuos tendrán conductas codependientes al tener pareja (Betina y Contini, 2011; López, et al., 2015; Pinto, 2005). Investigaciones futuras tendrán que someter a prueba esta hipótesis.

Quienes reportaron tener pareja actualmente también obtuvieron puntajes altos en codependencia, resaltando la confusión emocional; y aquéllos con una relación de noviazgo mostraron una mayor orientación rescatadora y mayor sobrecarga emocional que los adolescentes que están en una relación abierta; los chicos que han tenido relaciones más duraderas sobresalen en confusión emocional y omnipotencia, lo cual indica que a mayor “enganche” emocional, se presentan más conductas de codependencia. Los adolescentes comienzan a tener una mayor práctica de las conductas aprendidas en el núcleo familiar primario, y esto usualmente se da con alguien que empata con las creencias familiares o se asemeja al “molde” (Betina y Contini, 2011).

Las conductas codependientes no se relacionaron con la edad, con el grado escolar, el tipo de familia o el número de parejas que se haya tenido, ya que están vinculadas a la forma en que las personas aprendieron a relacionarse social y afectivamente (Betina y Contini, 2011).

Respecto de las escalas utilizadas para la presente investigación, se realizaron las adecuaciones necesarias de las escalas en términos del fraseo de los reactivos a fin de que pudieran ser aplicables a la población adolescente, lo cual resultó exitoso. Inicialmente se utilizaron los reactivos de las categorías primarias de disfunción familiar de la Escala de Patrones de Interacción de la Estructura Familiar (Sánchez, 1989). Posteriormente, con el objetivo de obtener un análisis más detallado, los

reactivos fueron reorganizados, conformando dos escalas diferentes: interacciones padres-hijos y las relaciones familiares, que mostraron índices de consistencia interna y de validez adecuados.

En relación con la medición de la codependencia, para la Escala Argentina de Codependencia y para el Instrumento de Codependencia se obtuvieron alfas y varianzas explicadas altas. Un análisis factorial de segundo orden integró los factores de ambas escalas, resultando finalmente las dimensiones de Focalización en el otro y de Autonegación, las cuales sintetizan la estructura de la codependencia en los adolescentes.

El objetivo fundamental del presente estudio fue observar la relación entre la disfunción familiar y la codependencia en adolescentes mexicanos, lo cual tiene como meta la prevención y atención oportuna de conductas que pueden generar problemas en la estabilidad mental y emocional de las personas, además de relaciones interpersonales poco satisfactorias que agregan una enorme cantidad de estrés y malestar en la vida cotidiana.

Para obtener información más exhaustiva acerca de la codependencia y su etiología, se recomienda realizar estudios con población adulta para observar las diferencias entre grupos de edad y sexo, dado que las conductas de dependencia se van estableciendo a través del tiempo, convirtiéndose en patrones que pueden tener consecuencias para la salud física y mental de las personas. También se sugiere incorporar otras variables que permitan explicar más ampliamente el fenómeno de la codependencia en los adolescentes.

Método de evaluación de la percepción de riesgo en el adolescente

Elizabeth Aldrete Rivera¹

Cecilia Fajardo Escoffié²

Andrea Anaya Acosta³

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

Una de las tareas básicas de la adolescencia es la búsqueda de la identidad lo que implica la asimilación e integración de actitudes, valores, ideas y conductas de otros para conformar una nueva estructura que lo diferencia de los demás. Así la identidad se va delimitando principalmente a través de la interacción con los diversos contextos en el cual se desarrolla el adolescente. Procesos de índole biológica, psicológica y social aún inmaduros, acrecientan la vulnerabilidad del adolescente aumentando con ello la presencia de conductas de riesgo, por lo que es importante evaluarlas a fin de desarrollar programas de prevención y promoción de conductas saludables. Así el objetivo de este estudio fue evaluar la validez de constructo de un instrumento desarrollado para medir conductas de riesgo en áreas como consumo de sustancias, conducta sexual y violencia en adolescentes. Participaron 170 adolescentes mexicanos de bachillerato de 14 a 20 años de edad (Medad= 15.88; DE=1.00) de escuelas públicas, quienes firmaron un consentimiento informado. Se elaboró una escala tipo Likert de 6 puntos (totalmente de acuerdo; muy de acuerdo; de acuerdo; en desacuerdo; muy en desacuerdo y totalmente en desacuerdo). Para la valoración y selección de los ítems, se realizó un análisis del poder discriminativo a través de grupos extremos (t de Student). Se corrió un análisis factorial exploratorio con rotación varimax (KMO=.828; p=.000). El análisis arrojó 5 factores: consumo de sustancias, violencia, conducta sexual insegura, creencias de consumo de sustancias y conducta sexual insegura y creencias de consumo de sustancias y violencia, con comunales entre .344 y .698, que en conjunto explican el 47.33% de la varianza. Los índices alpha de consistencia interna de Cronbach oscilaron entre .734 y .956. Estos resultados sugieren que este instrumento presenta propiedades psicométricas aceptables por lo que puede ser utilizado para evaluar conductas de riesgo en adolescentes de manera válida y confiable. No obstante, es difícil generalizar los resultados a otras poblaciones por lo que se recomienda realizar análisis confirmatorios sobre la estructura factorial en otras poblaciones.

Palabras clave: Adolescentes, validez, percepción de riesgo, consumo de sustancias, violencia.

¹ Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: erivera.unam@gmail.com

² Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: cez_fajardo@hotmail.com

³ Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: andrea_aaa23@hotmail.com

Method of assessing risk perception in the adolescent

Andrea Anaya Acosta¹
Elizabeth Aldrete Rivera²
Cecilia Fajardo Escoffié³
Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

ABSTRACT

One of the basic tasks of adolescence is the search for identity which involves the assimilation and integration of attitudes, values, ideas and behaviors of others to form a new structure that differentiates it from others. So defining identity is primarily through interaction with the various contexts in which the adolescent develops. Immature processes biological, psychological and social problems increase the vulnerability of adolescents thereby increasing the presence of risk behaviors, so it is important to evaluate in order to develop programs of prevention and promotion of healthy behaviors. So the aim of this study was to evaluate the construct validity of an instrument developed to measure risk behaviors in areas such as substance use, sexual behavior and violence in adolescents. Participants 170 baccalaureate Mexican adolescents 14-20 years of age (Medad = 15.88, SD = 1.00) of public schools, who signed an informed consent. A Likert scale of 6 points (; strongly agree, agree, disagree, strongly disagree and strongly disagree strongly agree) was developed. For the assessment and selection of items, the discriminative power analysis was performed using extreme groups (Student t test). An exploratory factorial analysis with varimax rotation ($P = .000$ KMO = .828) was run. The analysis yielded five factors: substance abuse, violence, unsafe sexual behavior, consumer beliefs substances and unsafe sexual behavior and beliefs of substance abuse and violence, with commonalities between .344 and .698, which together account for 47.33% variance. The internal consistency alpha Cronbach ranged between .734 and .956. These results suggest that this instrument has acceptable psychometric properties so it can be used to assess risk behaviors in adolescents valid and reliable manner. However, it is difficult to generalize the results to other populations so it is recommended confirmatory factorial analysis of the structure in other populations.

Keywords: Adolescents, validity, risk perception, substance abuse, violence.

Percepción de riesgo en el adolescente

La adolescencia y la juventud son periodos evolutivos donde se percibe de forma diferente el riesgo, lo cual conlleva determinados comportamientos que una persona adulta percibiría con un alto riesgo para la salud e integridad física, es decir, conductas arriesgadas con probables consecuencias negativas para la persona (García del Castillo, 2012). Los adolescentes se involucran en conductas de diferente nivel de riesgo

buscando sensaciones nuevas, siendo las de alto riesgo las de mayor preocupación (Ruiz y Medina-Mora, 2014). Dentro de las conductas de riesgo a las cuales se enfrenta el adolescente se encuentran el inicio en la vida sexual sin protección, la adopción de estilos de vida poco saludables, el inicio en el consumo de sustancias a edades mucho más tempranas y el abuso de alcohol, tabaco y otras drogas (Villatoro et al., 1999).

La adolescencia es una etapa formativa que prepara a los jóvenes para la vida. En México los adolescentes conforman casi el 10% del sector demográfico del país. Actualmente esta etapa se asocia con la presencia de riesgos como el consumo de sustancias, infecciones de transmisión sexual, embarazo no deseado, depresión, accidentes e incluso la muerte (Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana, 2011). Las causas externas de mortalidad son las primeras entre adolescentes de ambos sexo, aunque existen diferencias en su frecuencia y su distribución. Al considerar la intencionalidad de las causas externas notamos que los eventos no intencionales son los más frecuentes, seguidos por los homicidios y los suicidios. Entre las causas más frecuentes de muerte destacan los accidentes automovilísticos en adolescentes. El suicidio, como causa externa no accidental, es proporcionalmente más frecuente en mujeres y el homicidio en los hombres. Después de éstas, aparecen causas que difieren según grupo de edad y sexo. Otro fenómeno destacado es la aparición de causas ligadas al embarazo y parto en mujeres de 15 a 19 años de edad (Celis de la Rosa, 2003).

El concepto riesgo se puede entender desde dos perspectivas diferentes, el real y el subjetivo, y se puede valorar desde una postura individual o colectiva (García del Castillo, 2012). Existen riesgos que se consideran objetivos e incontrolables dado que no se puede ejercer ningún tipo de control sobre ellos, por ejemplo, una catástrofe natural o una enfermedad crónica. Existen otro tipo de riesgos que pueden ser predecibles, por ejemplo, al comparar la cantidad de alcohol que ingiere un hombre o una mujer y la repercusión que puede tener esto en su salud, ya que se sabe que las mujeres tienen una mayor vulnerabilidad orgánica al alcohol que los hombres (Izquierdo, 2002). La percepción de riesgo está

ubicada en el plano subjetivo y los factores que intervienen en su configuración son la percepción individual, la historia personal y experiencias de vida, la cantidad y calidad de la información, las creencias y actitudes, los estereotipos y la motivación. La combinación de estos factores hacen que la persona asuma o no un riesgo dependiendo de la situación particular a la que se exponga, lo cual se convierte en evidencia (García del Castillo, 2012).

La percepción es un proceso abiertamente cognitivo, de carácter espontáneo e inmediato, que permite realizar estimaciones o juicios acerca de situaciones, personas u objetos, en función de la información que inicialmente selecciona y posteriormente procesa la persona (Pastor, 2000). Riesgo es la probabilidad de que un daño específico suceda en un sistema dado y en un determinado tiempo de exposición. Percepción de riesgo es la representación mental de la probabilidad de que un daño específico y no deseado, suceda en un sistema dado y un determinado tiempo de exposición (Confederación de Empresarios de Aragón, 2010).

La percepción de riesgo se va configurando a partir de la información y las experiencias que se van acumulando en el tiempo, por lo cual va aumentando significativamente con la edad. Esto no siempre es lineal, ya que se deben considerar las características individuales de las personas. Existen individuos más arriesgados que piensan que el azar jugará a su favor, o que mantienen una falsa creencia de superioridad en determinados acontecimientos, minimizando las posibles consecuencias adversas de su conducta (García del Castillo, 2012). Así, la percepción del riesgo de un individuo puede verse afectada por el fenómeno del optimismo ilusorio. Este se refiere a estimar que es más probable que le sucedan hechos

negativos a otras personas que a uno mismo, y más probable que a uno mismo le sucedan hechos positivos que a otras personas con las que se compara (Sánchez-Vallejo, Páez y Blanco, 1998), es decir, es la tendencia a considerar las propias posibilidades más altas respecto a la media, para los eventos favorables, y más bajas para los eventos negativos (Weinstein, 1980).

La Teoría de Conducta Planificada de Ajzen y Madden es uno de los modelos psicosociales más utilizados para analizar la relación entre las actitudes y las conductas de riesgo. De acuerdo con ésta, la intención de llevar a cabo un determinado comportamiento es considerada como el antecedente inmediato de la conducta. La intención está determinada a su vez por la evaluación positiva o negativa que cada sujeto hace del objeto de actitud (actitud hacia la conducta), por la presión que ejerce el grupo o los grupos significativos para el sujeto (norma subjetiva) y por las percepciones de las personas de su habilidad para comprometerse o implicarse en una conducta dada (control conductual percibido). Sin embargo, llevar a cabo una conducta depende no sólo de una intención favorable sino también de un nivel suficiente de control conductual (Durán, Alzate y Sabucedo, 2009).

En nuestro país, los estudios sobre percepción de riesgo se han realizado más en adultos, dirigidos a evaluar las preocupaciones sociales como ciudadanos y victimización. Las investigaciones realizadas, se enfocan en las situaciones de riesgo frente a desastres naturales, cuestiones epidemiológicas que analizan comportamientos problemáticos (consumo de sustancias, conductas delictivas, comportamientos violentos y ausentismo escolar) y sintomatologías corporales (problemas de sueño, depresión, anorexia y bulimia) (Alsinet, Pérez y Agulló, 2003).

Retoman en su escrito la perspectiva psicosocial, que define el riesgo como la posibilidad de daño o amenaza para las personas, y que se entiende como un constructor social. Entre los elementos que componen el riesgo se encuentran diferentes aspectos de la salud, el medio ambiente, la igualdad y la justicia. La aceptación de una situación de riesgo depende: 1) de la información a que se han expuesto las personas, 2) a qué información le han dado crédito, 3) a los valores que, de manera individual, defiende cada persona, 4) a las experiencias sociales que han vivido, 5) las dinámicas grupales o bien 6) a los diferentes procesos políticos o movimientos sociales e históricos que se están viviendo.

Existen una serie de elementos que facilitan la aparición de factores de riesgo que se presentan en determinadas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, y que se estructuran mediante variables directas o indicadores de carácter objetivo-social y subjetivo-psicosocial.

Entre los factores de riesgo en la adolescencia podemos hacer mención entre otros a:

- Variables familiares (redes primarias de apoyo social). Los diferentes estilos educativos familiares influyen de manera directa en el proceso de socialización de los adolescentes.
- Medios de comunicación social como elemento transmisor, de relevante impacto, en el proceso educativo de los adolescentes, así como la influencia de las nuevas tecnologías información y comunicación.
- Consumo de sustancias tóxicas–legales e ilegales– existen cuatro factores que permiten explicar el inicio del consumo de drogas en la adolescencia: la facilidad de acceso al producto, las variables de predisposición e individuales; las relaciones familiares y sociales (principalmente con el grupo de iguales).

Dentro de este grupo hay que situar la conducción temeraria como uno de los nuevos factores de riesgo.

- Fracaso escolar, en ocasiones, esta situación comporta sentimientos de desadaptación y exclusión social.

Paralelamente a los factores de riesgo existen otros que facilitan o impiden la aparición de estas conductas de riesgo. Éstos son:

- Factores de compensación: son los que impiden la aparición de las conductas de riesgo, y pueden ser de carácter personal (coeficiente intelectual elevado, óptimas habilidades y competencias sociales), del entorno familiar (buena relación familiar, óptima situación económica, etc.), de ámbito comunitario (redes de apoyo social, experiencias sociales positivas, etc.) y de sistema social (aceptación social de los adolescentes como sujetos de derecho).

- Factores precipitantes: son los que facilitan o provocan la aparición de las conductas de riesgo. Al igual que en el punto anterior, pueden ser de carácter personal (interpretaciones que se hacen de los diferentes acontecimientos de la vida, estrés que provocan las situaciones vividas, etc.), de ámbito familiar (sucesos estresantes en la familia: separaciones y divorcios; trastornos patológicos de los padres o en el entorno familiar, etc.), en la comunidad (ausencia de apoyo social, cambios de domicilio, inicio de los procesos de exclusión social, medios de comunicación social, etc.) y en la sociedad (ausencia de la promoción del sentido de responsabilidad compartida en la atención a los adolescentes, aumento de las desigualdades sociales y ausencia de políticas de buenas prácticas en la atención a las personas).

Descripción de la escala percepción de riesgo en el adolescente

La Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente es una batería de cuatro subpruebas que miden el nivel de percepción de riesgo en el adolescente, diferentes pero relacionadas entre sí. La batería, que está diseñada para usarla con adolescentes de 13 a 21 años de edad, tiene confiabilidad y validez establecidas, empíricamente. La muestra consta de 170 adolescentes residentes del Distrito Federal. Psicólogos, terapeutas ocupacionales, educadores, diagnosticadores y otras personas interesadas en examinar el nivel de percepción de riesgo en el adolescente pueden aplicar la batería.

Las subpruebas del Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente fueron edificadas conforme al análisis estadístico arrojado posterior a la creación de la prueba. Cada una de las cuatro subpruebas del Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente mide la percepción de riesgo clasificada en cuatro aspectos: violencia, consumo de sustancias, optimismo ilusorio y conducta sexual.

Usos de la escala de percepción de riesgo en el adolescente

La Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente tiene cuatro usos principales: a) documentar la presencia o grado de dificultad de los adolescentes para percibir el riesgo, b) identificar candidatos para tratamiento, c) verificar la eficacia de estos programas de intervención y d) sirve como instrumento de investigación.

Primero, los resultados de la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente son útiles para documentar la presencia o grado de deficiencias de percepción visual en los adolescentes. La disponibilidad de cuatro puntajes permite hacer una comparación entre ellas, lo

cual contribuye en gran medida a entender cualquier debilidad que el adolescente pueda tener.

Segundo, cuando se les detecta el problema, se puede canalizar a los adolescentes con otros profesionales o agencias para que se les haga un diagnóstico adicional, o puede incorporarse a programas correctivos.

Tercero, los resultados de la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente pueden utilizarse para mostrar los efectos de los programas de prevención diseñados para alejar del riesgo a los adolescentes.

Cuarto, el Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente tiene valor como herramienta de investigación, especialmente para investigadores que deseen usar instrumentos válidos y confiables para estudiar el proceso de percepción del riesgo. Los resultados pueden utilizarse para probar la adecuación de varias teorías sobre la percepción de riesgo y para medir la relación entre percepción de riesgo y la puesta en práctica de conductas de riesgo.

Confiabilidad y validez de los resultados de la prueba

La validez se refiere al grado en el cual una prueba mide los atributos que su autor dice que mide.

- La validez se refiere a la adecuación de la interpretación de los resultados de una prueba o instrumento de evaluación para un grupo de individuos, y no al instrumento mismo... Es más correcto decir que la validez de la interpretación se hace a partir de los resultados.
- La validez es asunto de grado; no existe sobre una base de todo o nada... Se puede considerar mejor la validez en términos de

categorías que especifiquen grado, como gran validez, validez moderada y poca validez.

- La validez siempre es específica para cierto uso o interpretación particular. Ninguna prueba es válida para todos los propósitos... Entonces, cuando la validez se describe o valora, es necesario considerar la interpretación específica que se ha de emplear o hacer de los resultados. Los resultados de la evaluación nunca son simplemente válidos; tienen un grado diferente de validez para cada interpretación particular que se elabore.

Frecuentemente se consideran tres tipos de validez vinculados entre sí: de contenido, validez relacionada con el criterio y de constructo. Las secciones siguientes describen cómo se examinó la de validez en relación con el Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente.

Validez de contenido

La validez de contenido implica el examen sistémico del contenido de la prueba para determinar si cubre una muestra representativa del dominio de la conducta a medir. Obviamente, esta clase de validez tiene que construirse dentro de la prueba cuando se conceptúan las subpruebas y se construyen los reactivos. Los diseñadores de pruebas generalmente dirigen la validez de contenido mostrando que las habilidades a medir que se han elegido sean consistentes con el conocimiento actual acerca de un área particular. Típicamente, los constructores de pruebas también demostrarán que los reactivos se sostienen estadísticamente.

Para las subpruebas del Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente se ofrecen una demostración de validez de contenido. La validez de los reactivos se demuestra empíricamente mediante

los resultados de procedimientos de análisis de los reactivos utilizados durante las etapas de desarrollo de la

Análisis de reactivos

En la sección previa, proporcionamos evidencia cualitativa de la validez de contenido de la EPRA. Esta sección brinda evidencia cuantitativa de la validez de contenido de la prueba en la forma de un análisis de discriminación de reactivos. La discriminación de reactivos se refiere al grado en el cual un reactivo diferencia correctamente entre los examinados la conducta que la prueba está diseñada para medir.

Con el objetivo de conocer la calidad discriminatoria de los reactivos, se obtuvo una calificación total por participante (los reactivos en dirección contraria se invirtieron para que fueran en la dirección de percepción de riesgo) y se realizó una distribución de

construcción de la prueba para elegir los reactivos.

frecuencias con la que se determinaron los percentiles 27 y 73 y, a partir de los resultados, se formaron dos grupos extremos, el grupo 1 y el grupo 2, con los participantes que se ubicaron entre las puntuaciones 616 y 718. Finalmente se realizó un análisis final de reactivos. Se encontró que de los 143 reactivos de la prueba Percepción de Riesgo en el Adolescente, 11 reactivos mostraron que no discriminaban entre los grupos extremos. Dichos reactivos fueron eliminados de la prueba y de los análisis posteriores.

Se informa sobre los reactivos sin calidad discriminatoria de la escala Percepción de Riesgo en el Adolescente en la tabla 1. Todos los reactivos de la prueba satisfacen los requerimientos y proporcionan evidencia cuantitativa de la validez de contenido.

Tabla 1. Reactivos sin calidad discriminatoria de la escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente*; medias, resultado de la prueba t de Student, grados de libertad y significancia estadística.

| Reactivo | Media grupo1 | Media grupo2 | t | gl | p |
|--|--------------|--------------|--------|-----|------|
| B7. Todas las personas que consumen drogas pueden convertirse en adictos. | 4.06 | 4.39 | -1.781 | 175 | .077 |
| B8- Consumir drogas como cocaína es más peligroso que consumir alcohol. | 2.56 | 2.93 | -1.728 | 175 | .086 |
| B26- Aunque esté borracho(a) recuerdo usar condón al tener sexo. | 3.08 | 3.35 | -1.161 | 167 | .247 |
| B48. Los piropos son muestra de violencia. | 3.07 | 2.83 | 1.441 | 174 | .151 |
| B66. Una mujer puede embarazarse cuando está menstruando. | 3.11 | 3.42 | -1.265 | 171 | .207 |
| B68. Facebook y Twitter pueden facilitar el control y maltrato en la pareja. | 3.59 | 3.52 | .287 | 174 | .071 |

Tabla 1. Reactivos sin calidad discriminatoria de la escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente*; medias, resultado de la prueba t de Student, grados de libertad y significancia estadística. (*continuación*)

| | | | | | |
|--|------|------|--------|-----|------|
| B77. Uso condón al tener sexo, aunque esto implique pérdida de sensibilidad. | 4.07 | 4.49 | -1.955 | 171 | .052 |
| B100- Puedo detenerme en medio de un relación sexual cuando me doy cuenta que no hay condón. | 3.08 | 2.83 | 1.181 | 172 | .239 |
| B110- Puedo decidir dejar de fumar antes de que me cause algún daño. | 3.07 | 3.40 | -1.458 | 170 | .147 |
| B111. Mientras más joven se empiece a consumir sustancias, existe mayor probabilidad de convertirse en adicto. | 4.17 | 4.53 | -1.672 | 174 | .096 |
| B130- Si estoy bien informado(a) no me voy a contagiar de una infección de transmisión sexual. | 3.11 | 3.34 | -1.042 | 172 | .299 |

Validez relacionada con el criterio

La validez relacionada con el criterio se usa ya sea para comparar una prueba con una medida valorada que tenga características similares (validez concurrente) o para predecir la ejecución futura de un adolescente (validez predictiva). Aunque la validez predictiva de la escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente* no se ha explorado; se ha examinado la prueba con respecto a la validez concurrente. La validez concurrente se deriva de la correlación de una prueba con otras medidas establecidas de constructos similares, en este caso, la habilidad general de percepción de riesgo.

En nuestro estudio la validez concurrente de la escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente* se investigó correlacionando las puntuaciones de sus compuestos y subpruebas con las puntuaciones totales de la Escala Actitud Adolescente hacia la Sexualidad (EAS) y la Escala Actitud hacia las Sustancias Adictivas (EASA).

Los sujetos de este estudio fueron los mismos 170 adolescentes. Se exhiben los coeficientes que representan el grado de relación entre la Escala de *Percepción Adolescente*, la EAS y la EASA en la tabla 2.

Tabla 2. Correlaciones interfactores entre las Escalas *Percepción de Riesgo en el Adolescente*, *EAS* y *EASA*.

| Subescalas | <i>Percepción de Riesgo en el Adolescente</i> | | | | <i>Escalas para medir la Validez Concurrente</i> | | | |
|--------------------|---|--------------------|--------------------|------------|--|-------|--------|-------------------|
| | Violencia | Consumo Sustancias | Mitos y Realidades | Sexualidad | Total | EAS | EASA | Total Concurrente |
| Violencia | --- | .734** | .474** | .651** | .882* | .520* | .483** | .620** |
| Consumo Sustancias | | --- | .472** | .586** | .909* | .408* | .654** | .678** |
| Mitos y Realidades | | | --- | .235** | .667* | .462* | .169** | .382** |
| Sexualidad | | | | --- | .709* | .304* | .438** | .472** |
| Total Escala | | | | | --- | .516* | .576** | .686** |
| EAS | | | | | | --- | .297** | .752** |
| EASA | | | | | | | --- | .838** |
| Total Concurrente | | | | | | | | --- |

**p<.001

Los coeficientes de la tabla 2 son bastante grandes para justificar la conclusión de que la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente tiene validez concurrente relacionada con el criterio. Después de analizar las correlaciones interfactores de la escala Percepción de Riesgo en el Adolescente, se concluye que los cuatro factores se correlacionan positivamente y de modo significativo, lo que quiere decir que las dimensiones si corresponden a un mismo constructo. Por otro lado, se muestra evidencia de correlaciones entre las dimensiones de la escala con otras pruebas que pretender medir los mismos aspectos, dando evidencia de que la escala tiene validez concurrente. Esto sugiere que las pruebas miden el mismo constructo –percepción de riesgo- y que las puntuaciones reales de los adolescentes en estas tres pruebas deben de estar próximas.

Para concluir, el hecho de que la Escala de Percepción de Riesgo en el

Adolescente y las medidas de criterio se correlacionen tan proporcionalmente una fuerte evidencia de validez relacionada con el criterio para la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente.

Análisis factorial

La validez de constructo también se relaciona con el grado en el cual los rasgos fundamentales de una prueba se pueden identificar y la medida en que estos rasgos reflejan el modelo teórico en el que se basa la prueba. Una forma de investigar este tipo de validez es el análisis factorial de las actuaciones de los adolescentes en las subpruebas usando el método de componentes principales.

Se realizó un análisis factorial de componentes principales sobre los 132 reactivos que mostraron calidad discriminatoria con rotación Varimax para la Escala Percepción de Riesgo en el Adolescente. El análisis factorial agrupó

68 reactivos en 4 factores que explicaron el 25.20% de la varianza. El análisis de los reactivos permitió darle nombre a cada factor. A continuación se muestran

los resultados. En la tabla 3 se observa el reactivo, el factor al que pertenece y la carga factorial respectivamente.

Tabla 3. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente* y sus índices psicométricos.

| Reactivo | Percepción de Riesgo- Violencia | Percepción de Riesgo- de Consumo | Participación de Riesgo- y Mitos | Percepción de Riesgo- Savial | Percepción de Riesgo- Conducta |
|--|------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|-----------------------------------|
| B148- Dejo que mi pareja me hable con groserías porque no quiero quedarme solo(a). | .758 | | | | |
| B118- La mujer debe de aguantar lo que sea con tal de mantener su relación de pareja. | .720 | | | | |
| B149- Si mi pareja me es infiel me quedo con ella para no sentirme solo (a). | .692 | | | | |
| B142- Permiso que mis padres me lastimen para conservar su cariño. | .653 | | | | |
| B119- Dejo que mi pareja escoja la ropa que voy a usar para evitar peleas. | .643 | | | | |
| B99- Prefiero soportar gritos de mi pareja a perderla. | .643 | | | | |
| B187- La violencia solo ocurre en países pobres. | .638 | | | | |
| B126- Aunque no esté de acuerdo, hago lo que mis amigos digan para no perder su amistad. | .635 | | | | |
| B19- Mi pareja tiene derecho a gritarme si no hago lo que quiere. | .612 | | | | |
| B30- Si mi pareja se arrepiente después de maltratarme es porque va a cambiar. | .580 | | | | |
| B157- Que un hombre le pegue a su mujer es signo de fortaleza. | .560 | | | | |
| B108- Acepto que mis padres me humillen para mantener su apoyo económico | .560 | | | | |
| B57- Mis padres me pegan porque quieren lo mejor para mí. | .545 | | | | |
| B78- Si mi pareja me pega una vez es seguro que no volverá a repetirse. | .531 | | | | |
| B98- Que mi pareja me haya pegado una vez no significa que lo vaya a volver a hacer. | .461 | | | | |
| B41- Si mi maestro me ridiculiza en clase lo hace para que sea un mejor alumno. | .449 | | | | |
| B16- La mujer debe de hacer lo que su pareja le diga. | .449 | | | | |
| B183- Expresar mi enojo a través de la violencia no me meterá en problemas. | .399 | | | | |
| B113- Critico a mi pareja porque quiero que sea una mejor persona. | .380 | | | | |
| B115- Burlarme de mis compañeros no me meterá en problemas. | .374 | | | | |

Tabla 3. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente* y sus índices psicométricos. (continuación)

| | |
|---|------|
| B54- Aunque no tenga ganas de tener relaciones sexuales, acepto para que mi pareja no se enoje. | .329 |
| B181- Consumir drogas significa que soy una persona de mente abierta. | .442 |
| B109- Solo los hombres pueden ser alcohólicos. | .306 |
| B188- Mi cuerpo puede controlar el efecto de las drogas. | .326 |
| B45- Me divierto más cuando tomo alcohol. | .744 |
| B32- Tomo alcohol aunque después me dé cruda. | .722 |
| B60- Me gusta beber porque me ayuda a expresar mis sentimientos. | .681 |
| B192- En las fiestas bebo alcohol para formar parte del grupo. | .641 |
| B84- En todas las fiestas debe de haber alcohol. | .631 |
| B70- He llegado borracho a la escuela aunque pueda haber castigos. | .630 |
| B104- Cuando quiero ganar un poco de valor y confianza en mí mismo(a), me bebo unas copas. | .624 |
| B177- Consumo alcohol aunque me provoque problemas con mi familia. | .609 |
| B136- Me gusta beber alcohol porque me ayuda a ligar con los(as) chicos(as). | .605 |
| B29- Beber alcohol mejora mi capacidad para relacionarme con otros. | .600 |
| B71- Bajo los efectos de las drogas me divierto mí. | .600 |
| B42- Los que no beben son aburridos. | .599 |
| B191- Bebo alcohol para sentirme más seguro al relacionarme con los demás. | .586 |
| B79- Consumo drogas porque aumenta mi creatividad. | .572 |
| B52- Si no bebo me siento excluido(a) y rechazado(a). | .571 |
| B69- Compró drogas ilegales aunque me pueda meter en problemas. | .570 |
| B173- El alcohol mejora el rendimiento sexual. | .566 |
| B53- Bebo alcohol para aumentar mi rendimiento sexual. | .546 |
| B117- Fumo marihuana porque me relaja. | .496 |
| B62- Fumar tabaco relaja y ayuda a manejar el estrés. | .411 |
| B56- Cuando bebo no se afecta la manera en que tomo decisiones. | .381 |
| B44- Las drogas no me ponen en peligro. | .375 |
| B124- Es normal que los jóvenes beban. | .371 |
| B178- En los jóvenes, tomar alcohol sólo es malo cuando es en exceso. | .339 |

Tabla 3. Factores y cargas factoriales obtenidos en el análisis factorial de la Escala *Percepción de Riesgo en el Adolescente* y sus índices psicométricos. (continuación)

| | |
|--|------|
| B61- Aunque otros puedan contraer una infección de transmisión sexual, a mí no me va a pasar. | .415 |
| B46- Si me informo sobre drogas puedo controlar su efecto. | .688 |
| B15- Sólo las mujeres que tienen relaciones sexuales con muchos hombres se embarazan sin planearlo. | .600 |
| B73- Una persona inteligente como yo no va a tener un embarazo no deseado. | .587 |
| B179- No me convertiré en adicto(a) porque soy inteligente. | .523 |
| B131- Si conozco a la persona con la que voy a tener relaciones sexuales, estoy libre de contraer una infección de transmisión sexual. | .474 |
| B107- La violencia física es más grave que la psicológica. | .443 |
| B33- Las infecciones de transmisión sexual las contraen las personas con poca higiene. | .416 |
| B121- Los síntomas de las infecciones de transmisión sexual aparecen al día siguiente de tener el contacto sexual con la persona infectada. | .395 |
| B17- Mi pareja no me va a contagiar de una infección de transmisión sexual. | .394 |
| B75- Permito que mi pareja revise mi celular porque así aumenta su confianza en mí. | .385 |
| B14- Si me aseo los genitales antes y después de tener relaciones sexuales me protejo de contagiarme de una infección de transmisión sexual. | .357 |
| B137- Prefiero tener sexo sin usar condón porque deja de ser espontáneo. | .374 |
| B86- Tengo sexo sin protección para que no se enoje mi pareja. | .433 |
| B47- Si no tengo dinero para comprar condones, elijo tener relaciones sexuales aunque implique un riesgo. | .400 |
| B91- No tengo que usar condón con mi pareja porque me es fiel. | .706 |
| B150- Si tengo una pareja estable no puede contagiarme de una infección de transmisión sexual. | .626 |
| B151- Prefiero tener sexo sin usar un condón porque me da más placer. | .571 |
| B65- Tengo relaciones sexuales sin condón con mi pareja porque nos mantiene unidos. | .550 |
| B159- Si mi pareja confía en mí no me pedirá que utilicemos condón al tener sexo. | .528 |
| B129. No tendría sexo sin usar un método anticonceptivo porque puedo embarazarme (o embarazarse a mi pareja). | .436 |

Los resultados del análisis factorial apoyan fuertemente el argumento básico de que las subpruebas de la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente miden la percepción de riesgo.

Los hallazgos de nuestro análisis factorial han sumado credibilidad en tanto que son acorde con estudios que investigaron la estructura factorial de otras pruebas de percepción de riesgo.

Validez de reactivos

Finalmente, otro aspecto importante de la validez de constructo trata de la correlación entre la prueba y reactivo. Se puede ganar información acerca de la validez de constructo de una prueba examinando la correlación entre los reactivos individuales y los resultados totales de la prueba. Analizamos esta relación (llamada discriminación de reactivos) anteriormente en este capítulo en la sección de validez de contenido. Se informó sobre los poderes discriminantes de la Escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente en la tabla 1.

Discusión

El presente estudio tuvo por objetivo el diseño, construcción y validación de un sistema de evaluación para medir la percepción de riesgo en los adolescentes. Para lograr lo anterior, se diseñaron los reactivos de la escala basados en una revisión bibliográfica acerca de la Teoría de la Conducta Planificada de Ajzen y Madden (Duran, Alzate y Sabucedo, 2009), la cual es un modelo psicosocial utilizado para analizar la relación entre las actitudes y las conductas de riesgo. También se tomaron en cuenta las situaciones en las que, según la teoría, los adolescentes presentan una mayor cantidad de riesgos: consumo de sustancias,

relaciones interpersonales de violencia y el ejercicio de la sexualidad.

Se obtuvo una medida válida y confiable que mostró, por un lado, una concordancia conceptual alta con las nociones expresadas previamente sobre lo que es la percepción de riesgo en el adolescente, pero por otro lado, se obtuvieron resultados inesperados en incluso contrarios a lo que menciona la teoría. Se obtuvieron coeficientes de consistencia interna muy satisfactorios, lo cual indica un alto grado de fiabilidad en la escala.

La prueba está formada por 68 reactivos que se agrupan en cuatro factores: Percepción de Riesgo- Violencia (21 reactivos), Percepción de Riesgo- Consumo de Sustancias (27 reactivos), Percepción de Riesgo- Optimismo Ilusorio (12 reactivos) y Percepción de Riesgo- Conducta Sexual (9 reactivos)

Los reactivos pertenecientes a la dimensión Percepción de Riesgo- Violencia evalúan la capacidad de los adolescentes para percibir situaciones que involucran violencia de género, violencia en la pareja, violencia intrafamiliar y violencia escolar.

Los reactivos pertenecientes a la dimensión Percepción de Riesgo- Consumo de Sustancias, evalúan la capacidad de los adolescentes para percibir situaciones que involucran el consumo de tabaco, alcohol y drogas ilegales, así como sus posibles consecuencias.

La dimensión Percepción de Riesgo- Optimismo Ilusorio está conformada por reactivos que evalúan la capacidad del sujeto para percibir la probabilidad de que le ocurran consecuencias negativas si se involucra en determinadas situaciones de riesgo (consumo de sustancias, conducta sexual insegura y relaciones de violencia).

Y por último, los reactivos pertenecientes a la dimensión Percepción de Riesgo-Conducta Sexual evalúan la capacidad de los adolescentes para percibir el riesgo en conductas sexuales inseguras, así como sus posibles consecuencias (infecciones de transmisión sexual y embarazos no deseados).

Como se hace evidente, las dimensiones obtenidas en este instrumento reflejan en forma fiel la percepción de riesgo con relación a la violencia, el consumo de sustancias y la conducta sexual insegura, las cuales son situaciones que pueden llegar a alterar, dañar o incluso truncar el desarrollo físico, emocional, social y sexual del adolescente. Dado lo anterior,

se considera que la escala Percepción de Riesgo en el Adolescente constituye una contribución importante para identificar y prevenir daños psicosociales en la adolescencia, además de que tiene la capacidad de identificar algunos factores de riesgo en las relaciones interpersonales donde exista violencia, el ejercicio inseguro de la sexualidad y el consumo de sustancias a edades tempranas.

De esta forma, representa una herramienta de aplicación práctica en la clínica al dar pauta hacia la generación de investigación básica y aplicada en el área de la adolescencia.

2.1.2. Metodología cualitativa.

En el siguiente apartado se presenta la investigación realizada junto con Elia Cecilia Fajardo Escoffié que lleva por título *La coterapia en la formación de terapeutas familiares*. Pretende conocer la experiencia de los estudiantes en formación bajo la supervisión en vivo con la participación de un coterapeuta. Se realizaron entrevistas a profundidad a estudiantes y supervisores de la maestría en terapia familiar y posteriormente se llevaron a cabo los análisis del discurso pertinentes. Los resultados y las conclusiones de la investigación se describen a continuación.

La coterapia como método de enseñanza en la formación de terapeutas familiares

Elizabeth Aldrete Rivera¹
Cecilia Fajardo Escoffié²
Facultad de Psicología
Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue conocer la experiencia de los estudiantes y los supervisores de la Maestría en Terapia Familiar de la UNAM, en relación al trabajo terapéutico bajo la modalidad de coterapia; explorar las ventajas y desventajas de la misma, así como entender las características de la elección de la coterapia como método de enseñanza en dicho programa de formación. La investigación es de corte cualitativo y el instrumento para la recolección de datos fue una entrevista semiestructurada; los participantes fueron tres egresados del programa y tres supervisores del mismo. A través del análisis de las entrevistas, se construyeron las siguientes categorías: concepción de la coterapia; ventajas; desventajas; la relación entre coterapeutas y el papel del supervisor en la coterapia. Las conclusiones de esta investigación complementan lo encontrado previamente en la teoría, resaltando de la concepción de la coterapia como una etapa de un proceso de entrenamiento, así como la importancia de la flexibilidad en la relación de los coterapeutas.

Palabras clave: Terapia, supervisión, formación, proceso.

¹ Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: erivera.unam@gmail.com

² Terapeuta familiar. Estudiante de la Maestría en Psicología con Orientación en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México. Correo electrónico: cez_fajardo@hotmail.com

Co-therapy as a method of teaching in training family therapists

Elizabeth Aldrete Rivera¹

Cecilia Fajardo Escoffié²

Facultad de Psicología

Universidad Nacional Autónoma de México

ABSTRACT

The aim of this study was to know the experience of students and supervisors of the Master in Family Therapy UNAM, in relation to therapeutic work in the form of co-therapy; explore the advantages and disadvantages of it and understand the characteristics of the choice of co-therapy as a teaching method in this training program. The research is qualitative and the instrument for data collection was a semi-structured interview; participants were three graduates of the program and three supervisors of it. Through the analysis of the interviews, the following categories were constructed: conception of co-therapy; advantage; disadvantages; cotherapists and the relationship between the supervisor's role in co-therapy. The findings of this research complement previous findings in theory, highlighting the concept of co-therapy as a stage of a training process and the importance of flexibility in the relationship of co-therapists.

Keywords: therapy, supervision, training, process.

Introducción

La formación del terapeuta sistémico consiste en integrar conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo del estilo personal a través de la observación de sí mismo. En muchas ocasiones, la coterapia se utiliza como una herramienta en el proceso autoformativo del terapeuta.

Específicamente, en la Maestría en Psicología con Residencia en Terapia Familiar de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) la coterapia es el método que se implementa con más frecuencia en la práctica clínica supervisada. Lo anterior ha llevado a las investigadoras a cuestionar la pertinencia de dicho método como proceso de enseñanza. Se ha observado que en algunas personas, así como en ciertos momentos de la formación, la coterapia podría ser benéfica para el terapeuta en formación; sin embargo, en otras circunstancias podría ocurrir lo contrario.

Justificación

Esta investigación pretende profundizar en la experiencia de los estudiantes y los supervisores en relación al trabajo terapéutico bajo la modalidad de coterapia. También explorar las ventajas y desventajas para el terapeuta en formación y el supervisor sistémico así como entender las características de la elección de la coterapia como método de enseñanza. Se considera importante investigar los aspectos relacionados con la coterapia dentro de la formación del terapeuta sistémico porque tiene un impacto directo en su sistema de creencias, emocional y cognitivo influyendo en su desempeño académico y profesional, así como en la configuración de su experiencia.

Hemos elegido este tema debido a que se observa la utilización constante de éste método en los espacios de supervisión sin la preparación teórico-práctico para su realización. Los estudiantes se enfrentan al trabajo terapéutico por primera vez con consultantes desde el abordaje sistémico

y al trabajo en equipo con uno o más compañeros. Esto ha traído consigo la posibilidad de reflexionar sobre las ventajas y desventajas institucionales, educativas, individuales que el trabajo en coterapia representa.

Preguntas de investigación

- ¿Qué ventajas y desventajas tiene la coterapia en la formación de terapeutas familiares sistémicos?
- ¿Cuáles son las vivencias de los estudiantes y de los supervisores?
- ¿Cuáles son las características de la elección de la coterapia como método de enseñanza?

La formación del terapeuta

La formación del terapeuta es indispensable a la hora del desarrollo de los diversos modelos psicoterapéuticos; se espera que dicha formación guarde coherencia con sus propios conceptos de ser humano, con la definición de problema y cambio, los cuales conforman el abordaje clínico (Cruz, 2009).

Existe una semejanza entre el modelo terapéutico que se aprende y el modelo de formación, en el que el terapeuta aprendiz configura su experiencia integrando su sistema emocional, de creencias y cognitivos; todo lo anterior a través del complementar sus conocimientos teóricos, instrumentos técnicos y el desarrollo de la creatividad personal a través de la observación de sí mismo (Cruz, 2009).

El terapeuta en formación no sólo abordará la búsqueda de desarrollo de competencias en psicoterapia, sino que también deberá revisar aquellas creencias, emociones y conductas que estarán involucradas en el trabajo clínico (Cruz, 2009).

En la perspectiva sistémica, la formación del terapeuta responderá características que se relacionan con los postulados del propio modelo. Así, se propone que en la formación teórico-práctica de los terapeutas sistémicos, se alcance lo siguiente (Cruz, 2009):

- Mejorar y ampliar el conocimiento del terapeuta en formación en áreas específicas de su trabajo. Obtener conocimientos técnicos respecto al trabajo en diversos contextos.

- Reducir sus distorsiones cognitivas, y al mismo tiempo ampliar sus marcos de referencia, asumir la necesaria reflexión acerca de las creencias y significados respecto a sí mismo, el cambio, y la psicoterapia. Teniendo oportunidades para cuestionar sus conocimientos y hacer surgir nuevos repertorios.

- Mejorar sus habilidades como terapeuta, implementar el uso de recursos como el humor, la improvisación, el trabajo con el cuerpo y la voz, entre otros aspectos.

- Ayudar al terapeuta en el manejo de casos, entregándole meta-observaciones, que le permiten una reformulación y por tanto el surgimiento de nuevas formas de concebir su trabajo terapéutico, y sus acciones como terapeuta.

La definición que el terapeuta en formación hace de sí mismo, podría facilitar o entorpecer el surgimiento de una identidad que le permite verse a sí mismo como competente. Es por eso que parte importante de la formación deberá ser una instancia donde el terapeuta en formación se ponga en escena, explorando, definiendo y redefiniendo sus conductas y creencias, respecto a su desempeño terapéutico (Cruz, 2009).

La búsqueda institucional de asegurar la calidad de la formación y de asumir la responsabilidad ético social de la

actividad terapéutica, señala que la formación como terapeuta deberá tomar, de modo integral, a lo menos tres niveles de formación (Cruz, 2009).

Una formación teórica, que asegure una coherencia en el actuar terapéutico, así como también una forma de asegurar un lenguaje común que permita representar la experiencia y transmitirla.

Una formación práctica, donde poder aprender desde el hacer, e integrar sus experiencias y reflexiones en una instancia de supervisión clínica.

Una formación de la persona del terapeuta, donde asumir aquellos aspectos diferenciadores, personales y únicos del hacer del terapeuta en formación.

La coterapia

La coterapia es una práctica en la que dos terapeutas atienden a un consultante, pareja, familia o grupo al mismo tiempo y en el mismo espacio. Una de las principales razones por las que se selecciona la coterapia es porque aumenta la oportunidad de aprender del coterapeuta, a partir de la discusión y colaboración mutua; para ello, es importante que exista una similitud en los marcos teóricos, ya que éstos serán las bases sobre la cual se construya el equipo de trabajo (Moncayo, 2014).

La coterapia puede estar conformada ya sea desde un modelo más igualitario de distribución de poderes o desde la subordinación, misma que puede estar fundamentada en factores económicos, de clase social, antigüedad, edad, sexo poder intelectual, entre otros. Lo importante es que una vez que se establece una dinámica de distribución de poderes, la relación entre los coterapeutas se convierte en un modelo de funcionamiento y sobre todo, de negociación de las diferencias o a veces

de negación de las mismas (Garrido, 1996).

Ventajas de la coterapia

La utilización de la coterapia puede aportar distintos beneficios, tanto para el proceso terapéutico como para los estudiantes en formación; a continuación se describen algunos de ellos (Díaz, 2000; Garrido, 1996; Moncayo, 2014):

- La relatividad, es decir, el poder mirar desde diferentes perspectivas los mismos fenómenos, lo que permite una construcción más amplia compartida de la realidad, aumentando así el potencial de hipótesis y la creatividad.
- Apoyo mutuo de los terapeutas, con la puesta entre paréntesis de las propias emociones y con la posibilidad de una implicación mayor de algún miembro, mientras el otro permanece un poco al margen.
- La coterapia, tanto de dos terapeutas del mismo sexo, como de ambos sexos, puede ser un recurso eficaz para tratar las diferencias de género de una forma enriquecedora para el sistema terapéutico.
- La pareja de coterapeutas puede generar un diálogo entre ellos comentando lo que está sucediendo en la sesión, ya sea explicitando sus puntos de vista, planteándose mutuamente preguntas o expresando desacuerdos.
- Los terapeutas pueden intercambiar hipótesis sobre lo que está sucediendo, lo cual puede estimular la reflexión en los consultantes.
- Mientras uno de los terapeutas interactúa con un miembro de la pareja o familia en un aspecto particular, el otro recoge los feed-back del otro miembro.

- Los puntos ciegos del terapeuta de cada terapeuta pueden equilibrarse.
- Permite reflexionar más fácilmente sobre cómo los prejuicios de cada terapeuta entraron en juego durante el proceso.
- La corresponsabilidad en el caso; cuando uno de los terapeutas ha de ausentarse, se cuenta con el apoyo y atención del otro.
- En la práctica privada mitiga la soledad profesional.
- Aumenta el aprendizaje recíproco al compartir y discutir ideas.
- Favorece el análisis del proceso terapéutico y la evaluación de las habilidades de los terapeutas.
- Flexibilidad de roles, por ejemplo, mientras que un terapeuta puede ser más activo, el otro puede permanecer de observador, y luego cambiar posiciones.
- Puede representar una productiva herramienta para el entrenamiento de terapeutas en formación, quienes pueden aprender y desarrollar nuevas habilidades al participar de las sesiones con colegas con más años de experiencia.

Desventajas de la coterapia

Por otro lado, se encuentran ciertas desventajas en el uso de la coterapia, mismas que serán descritas a continuación (Garrido, 1996; Moncayo, 2014):

- La lucha por el liderazgo en la sesión.
- La evitación de los problemas de competición que llevaría a la fusión.
- Confusiones y falta de comunicación.

- Falta de congruencia entre los coterapeutas; esto se suele dar cuando existen diferentes concepciones y metas respecto al caso clínico.
- La observación de las relaciones entre los coterapeutas puede distraer la atención de los consultantes sobre las problemáticas que los aquejan.
- Los desacuerdos entre los terapeutas pueden influir negativamente en el proceso terapéutico.
- Es más cara para los clientes y se pueden dar más problemas para fijar los horarios

Requisitos de una buena coterapia

Para poder formar una buena relación, es indispensable que los terapeutas puedan comunicarse abiertamente, participar equitativamente, cooperar y confiar uno con el otro, respetarse mutuamente, estar dispuestos a compartir habilidades y reconocer mutuamente sus logros (Moncayo, 2014).

Entre los factores que facilitan la compatibilidad de los coterapeutas se encuentran su orientación teórica, su estilo personal, habilidades cantidad y calidad de participación y la madurez para analizar sus problemas. Mientras que la existencia de rivalidad, confusión, falta de comunicación y congruencia suelen ser factores que dificultan la compatibilidad de los coterapeutas (Moncayo, 2014).

Factores como la edad, sexo, status social y/o profesional no son per se negativos, pueden incluso representar una gran ventaja en tanto puedan ser integrados y aprovechados para ampliar el diálogo terapéutico.

El decidir trabajar en coterapia implica beneficios y también retos, pues se deberán asumir los efectos de entablar

varias relaciones a la vez, es decir, la relación terapéutica con los consultantes, la profesional con su colega, y la terapéutica-profesional con ambos (Moncayo, 2014).

La supervisión

La supervisión es considerada un espacio clínico formativo así como un proceso generativo que transforma a las personas para desarrollar sus competencias. Al enseñar un enfoque específico de terapia consiste en una práctica reflexiva del propio quehacer terapéutico. Es isomófica a la terapia ya que genera un tipo particular de dinámica relacional resultado del entrelazamiento entre la construcción individual y la construcción del equipo (Hernández, 2007).

Además de ser una práctica reflexiva del quehacer terapéutico propio, la supervisión en vivo es una forma particular de hacer terapia, donde el equipo integrado por estudiantes y supervisor integran el equipo terapéutico. En éste contexto interactúan diversos actores que desempeñan roles sociales distintos, adscritos a intereses y expectativas específicas acerca de lo que ocurre en la terapia, constituyendo así un sistema complejo (Fruggeri, 2001).

La observación de los procesos que emergen en la dinámica relacional propia del sistema de supervisión puede ser puntuada desde la construcción individual que enfocada en el terapeuta, o desde la co-construcción, basada en los consultantes y el terapeuta y el terapeuta y el equipo de supervisión (Fruggeri, 2001).

Tiene por objetivo activar los recursos interaccionales del terapeuta, ampliando y complejizando sus posibilidades de relación para que sea instrumento de cambio versátil y efectivo. El trabajo a través de conversaciones reflexivas, son

acompañadas de un supervisor que funge como soporte emocional, consultor, colega, docente y promotor. La supervisión es entonces un modo deliberado de generar cambio a través de conversaciones, éstas surgen del deseo de los psicólogos de disponerse para practicar una forma particular de psicoterapia (Hernández, 2007).

La supervisión pretende aumentar la complejidad de las intervenciones del terapeuta en el espacio psicoterapéutico, esto la convierte en un proceso íntimo, responsable de generar un espacio de protección y respeto (Fruggeri, 2001).

Además del rol propiamente dicho de supervisión, se puede hablar de cinco roles complementarios y simultáneos: el rol de soporte emocional al terapeuta que ayuda a explorar vivencias personales si convertirse en un proceso terapéutico, el rol de consultor de caso, ofreciendo alternativas sobre las mejores opciones para la evolución de la terapia, enfocándose más en los consultantes que en el terapeuta, el rol de docente que enseña cómo hacer una intervención a través del modelamiento o el acompañamiento en el ejercicio de la terapia en vivo, como colega compartiendo responsabilidades clínicas con el terapeuta, como promotor de los supervisados y de la innovación de la práctica, estimula a tomar iniciativas y a transferir sus aprendizajes a sus demás campos de trabajo, hacer de la transparencia un valor fundamental de la relación en la terapia y en la supervisión (Ungar, 2006).

Entre los aspectos imprescindibles para supervisar se encuentran: los relacionados con el proceso terapéutico como tal, los concernientes a la relación entre el terapeuta y el consultante y entre el supervisor y el terapeuta, referente al vínculo que se establece con el consultante, respecto al terapeuta, sus habilidades y su autocuidado, en relación

con las técnicas de intervención y la ética (Loubat, 2005).

Se distinguen así cuatro dimensiones consideradas como condiciones para la supervisión constructiva de la identidad del terapeuta: apertura en el ambiente de la supervisión, respeto, apoyo y estímulo, oportunidades para el desarrollo personal y orientación conceptual y técnica (Ungar, 2006).

Podemos hablar de un modelo genérico de supervisión que atiende a niveles progresivos que muestran las fases en el desarrollo del supervisado. Esté inicia con la dependencia hacia el supervisor, moviéndose hacia la autonomía, para llegar a la dependencia condicional (Fernández, 2008).

Un buen sistema de supervisión será aquel que facilite la circulación activa de las tareas del supervisado, que incrementara su competencia en la práctica. La calidad de la supervisión se puede determinar estudiando el modo en que las distintas acciones del supervisor favorecen dicha circulación. (Milne y James, 2002).

El contexto social de los consultantes y las consecuencias ético-sociales de la intervención evidencian la importancia de priorizar las necesidades de los consultantes frente a las necesidades de aprendizaje. Es así que cuando el caso resulta de difícil manejo para el terapeuta en formación, el supervisor participa y adopta varios roles en el sistema de aprendizaje y cambio. El supervisor será exitoso si logra modelar la buena práctica de la terapia, asumiendo los diversos roles necesarios en la supervisión, esto requiere de una identidad versátil que responda con flexibilidad a las variadas necesidades de los consultantes y de los terapeutas en formación (Fruggeri, 2001).

Diseño de Investigación

La presente investigación es de corte cualitativo de casos en profundidad, el método utilizado para la obtención de los datos fue la *entrevista semiestructurada*, mediante la cual se obtendrá información sobre la experiencia de los participantes para la modalidad de coterapia con el objetivo de rastrear los significados, creencias y prácticas con a la forma en la que experimentan el trabajo terapéutico en ésta modalidad.

Participantes

Consiste en una muestra no probabilística por conveniencia, es decir, el muestreo se llevó a cabo de manera intencional. La muestra la conformaron 3 egresados de la maestría en terapia familiar de la Facultad de Psicología de la UNAM, un hombre y dos mujeres que se desempeñan en el ámbito privado. También participaron 3 supervisores de la maestría, un hombre, docente de la maestría en terapia familiar, con formación en terapia familiar, terapia de familia y terapia de grupos desde las corrientes sistémicas y psicoanalíticas. Dos mujeres, terapeutas familiares sistémicas, con orientaciones teóricas narrativas y en equipos de reflexión.

Procedimiento

Los y las participantes fueron seleccionados con base a los conocimientos previos que las investigadoras tenían ellos y ellas. Esto quiere decir que los egresados fueron elegidos por la disponibilidad de tiempo y la cercanía para trasladarse. Las y los supervisores fueron seleccionados de la siguiente manera: dos de ellos supervisan casos de coterapia, una en vivo y el otro de forma videograbada y la otra supervisora no utiliza la coterapia en su trabajo de supervisión. A todos egresados se les contacto vía electrónica, explicándoles que se estaba

realizando un estudio relacionado con la coterapia. Las y los supervisores fueron contactados de forma personal.

Una vez concertada la cita con la primera participante, se les explicó el objetivo del estudio comentándole: *“Estamos realizando ésta investigación porque nos interesa conocer tu experiencia y opinión acerca de la coterapia, es importante que te sientas libre de expresar lo que has vivido, considerando que no hay respuestas buenas ni malas”*. Se obtuvo su consentimiento para grabar la entrevista.

La entrevista se llevó a cabo con el apoyo de una guía de entrevista (Anexo 1) que sirvió como base y tuvo una duración de entre 30 y 90 minutos con cada integrante. En cuanto al lugar, se realizó en lugares que fomentarán la comodidad y privacidad necesaria para el adecuado desarrollo de la entrevista.

Posteriormente se transcribieron los audios cada entrevista. Después se realizó el análisis del discurso de los participantes.

Materiales

Guía de entrevista
Equipo de grabación de audio
Sillas y Mesa

Análisis

Después de la transcripción de las entrevistas se asignaron etiquetas de acuerdo a los elementos identificados en el discurso de los participantes. De las seis entrevistas realizadas se observaron cinco categorías que engloban la comprensión del fenómeno estudiado.

A continuación se enuncian las categorías y subcategorías encontradas.

Concepción de la coterapia:

- ✓ La coterapia como una forma de trabajo
- ✓ La coterapia como proceso de entrenamiento

Ventajas

Desventajas:

La relación entre coterapeutas:

- ✓ Características de la relación entre coterapeutas que favorecen el aprendizaje:
- ✓ Características de la relación entre coterapeutas que no favorecen el aprendizaje:

Papel del supervisor en la coterapia:

- ✓ Características de la supervisión que favorecen el aprendizaje:
- ✓ Características de la supervisión que no favorecen el aprendizaje:
- ✓ Problemas en la coterapia
- ✓ Selección de la pareja de coterapia

Posteriormente se realizó el análisis cuidadoso de los extractos de discurso que dan noción de éstas categorías y la concentración de las ideas teóricas que aluden a las mismas.

Concepción de la coterapia.

La coterapia como una forma de trabajo

La coterapia como una práctica especial en la que dos terapeutas tratan un consultante, pareja, familia o grupo al mismo tiempo y en el mismo espacio (Moncayo, 2014) se corrobora con la información obtenida de las entrevistas:

La coterapia es un trabajo en conjunto con otra terapeuta, para poder atender una problemática.

P1

A una forma de trabajo, donde dos terapeutas o a lo mejor podrían ser más, trabajan a la par con una familia, un consultante o una pareja.

P2

Creo que la coterapia es una forma de compartir la experiencia terapéutica con otro u otra terapeuta.

P3

Para mí la coterapia es el abordaje en conjunto de un caso entre dos o, en mi experiencia, más terapeuta.

P4

La entiendo como el hacer un trabajo de conjunto, por lo menos por dos personas, que como un acuerdo se ponen a desempeñar los roles de la terapia y que como un acuerdo van organizando su trabajo e intervenciones, para llevar a cabo un proceso de terapia, que empieza con la evaluación, sigue con el trabajo intermedio, para llegar al final, a los resultados posteriores, que siempre se esperan que sean positivos.

P5

Integrando lo anterior, la coterapia puede ser definida como una forma de trabajo en conjunto, por lo menos entre dos terapeutas, que tratan un consultante, pareja, familia o grupo al mismo tiempo y en el mismo espacio, y que organizan para llevar a cabo un proceso de intervención.

La coterapia como proceso de entrenamiento

Que es como la parte de un proceso para llegar a, aprendes a hacerlo primero mirando, luego en coterapia, y finalmente aprendes a hacerlo sola. Como un proceso que se va desplegando como en pasos, aproximaciones sucesivas.

P2

Creo que en los primeros semestres si ayuda mucho, hasta te da una sensación de seguridad distinta para abordar el caso, y que creo que viene muy bien sentirte acompañado, porque además en los primeros semestres el cambio de paradigma, entonces viene muy bien en los primeros semestres, eso es lo que pienso en mi experiencia. Incluso aunque fuera en los últimos semestres, yo creo que de tanto en tanto no vendría mal practicar sesiones en coterapia, creo sería distinto ya que tienes más el marco y el bagaje.

P4

Muchos programas de entrenamiento hacen todo en escalones. Primer semestre que el alumno entre a ver con un experto, en un siguiente momento que podría ser el siguiente semestre, que participe junto con el profesor. En el siguiente que participe llevando la mano y el profesor atrás de. Y en el cuarto que ya sea el alumno el que lleve la sesión, y que si quiere que le pida al profesor esté adentro por si le quiere decir algo o hay algo que quiere preguntar, se pueda hacer en la sesión. El escalonamiento, paso a paso, escalón a escalón, es muy útil.

P5

De esto se puede concluir que la coterapia en el entrenamiento de terapeutas familiares puede considerarse como parte de un proceso por etapas. La primera implicaría que se observe al experto en acción, posteriormente participará con él pero manteniéndose atrás. En un siguiente momento trabajarían juntos pero el aprendiz sería más activo y finalmente trabajaría solo. Dentro del plan de formación podría ser considerada como posterior a que el aprendiz haya observado a supervisor en acción, para después atender casos con un compañero de generación y terminar su entrenamiento de forma individual bajo supervisión.

Ventajas de la coterapia

Dentro de las ventajas de la coterapia Garrido (1996) menciona la relatividad, lo que permite una más amplia construcción compartida de la realidad; asimismo destaca la ampliación de las potencialidades, la valoración de las diferencias y la corresponsabilidad en el proceso terapéutico. Por su parte, Moncayo (2014) menciona que la coterapia aumenta el aprendizaje recíproco al compartir y discutir ideas, ayuda a mantener la imparcialidad en el proceso y conlleva al aumento de la efectividad terapéutica debido a la división del trabajo y el apoyo recíproco. Con la información obtenida en las entrevistas se corrobora esta idea:

Yo creo que la ventaja es mucha...Entonces creo que lo que pueda ayudar es que lo que se te va a ti, la otra persona lo pueda agarrar y viceversa...Yo creo que eso ayuda en el mismo proceso de aprendizaje, es decir, viéndolo como desde lado de alumna, a mí lo que me tocó, es que yo estaba segura que sí yo la "regaba", entre comillas porque nunca la riegas, tenía a alguien

que podría ayudarme y sacar la batuta, y si no pues saliendo de sesiones podríamos conversar y ver qué onda.

P1

Aprendes otro estilo, el de tu compañero/a, puede ser un tipo de aprendizaje diferente que solo mirar a alguien hacer terapia...y eso te enseña, te ayuda, te cuestiona.

P2

Pensando que estamos en una formación sistémica ayuda justo a mirar a los otros y mirar dentro del sistema, mirar a los otros dentro del sistema y mirarte dentro del sistema y entonces eso ayuda para que abras más las aportaciones o que las ideas no colonicen.

P3

Pensando en las cosas formativas, es que trabajar en coterapia permite que puedas participar en un caso; si todos los casos fueran en individual habrían menos oportunidades de que fuéramos supervisados, entonces al hacerlo en coterapia se tiene la oportunidad de estar participando directamente y de ser supervisado, lo cual es una ventaja para el contexto formativo.

Te vuelves sensible al otro, no sólo a la familia, sino favorece en el terapeuta múltiples niveles de sensibilidad incluyendo la sensibilidad al trabajo con el compañero. No solo es el feedback de la familia, sino que tienes que estar pendiente del feedback que hay entre los terapeutas, creo que eso te

desarrolla este pensamiento multiproceso.

P4

Así, se concluye que el atender un caso en coterapia, permite a los terapeutas en formación ampliar la visión del caso clínico y tomar en cuenta múltiples perspectivas que enriquecen el trabajo, sin necesidad de que la realidad de uno de los dos colonice la intervención, sino más bien, que se complementen. Con lo anterior, se relaciona la posibilidad de aprender un estilo terapéutico distinto al propio.

Asimismo, en la información encontrada en las entrevistas, se resalta el que al compartir la responsabilidad de la terapia, baja la angustia de los alumnos supervisados al sentirse acompañados, lo cual es también una ventaja para los terapeutas en formación.

Por último, como parte del contexto del programa de formación de la UNAM, se encontró que los participantes consideran que el trabajo en coterapia permite una mayor participación de los alumnos en la práctica clínica supervisada.

Desventajas de la coterapia

Garrido (1996) menciona como desventajas de la coterapia la lucha por el liderazgo en la sesión y el sentimiento de desplazamiento entre los terapeutas que pueden competir por el título del mejor, el más bondadoso, no mirar durante toda la sesión a su coterapeuta o invalidar los comentarios de éste de forma clara o sutil. El extremo contrario, la evitación de los problemas de competición que lleva a la trampa de la fusión donde no hay discrepancia. La falta de acuerdo entre los terapeutas y las metas distintas con respecto a la

terapia confunden a los clientes y paralizan el proceso de cambio. Finalmente, la falta de congruencia entre los coterapeutas en relación al diagnóstico y la severidad de la enfermedad se traduce en mensajes incongruentes para los clientes. A estos aspectos se suman:

La pasividad de uno apoyándose o colgándose del otro. A veces se hacen parejas en las que uno es muy pasivo y otro muy activo, que a lo largo de todo el proceso terapéutico la coterapeuta 1 siempre es 1 y el 2 siempre es 2, esta rigidez es desventajosa.

Cuando surgen pleitos que no hay acuerdos ni posibilidad de hacer acuerdos y hay mucho enfrentamiento. Cuando hay enfrentamientos porque no se ponen de acuerdo en lo que ven, en lo que quieren hacer y se van a un pleito, ya no funciona la terapeuta.

P5

Podría ser otra desventaja, que los estilos sean tan distintos, entonces que lejos de estar involucrados en lo que está sucediendo con la familia o quien consulta, se vuelva más un asunto entre coterapeutas de quien sabe más, quien puede mejor, cuales son las intervenciones que resultan más exitosas. O que de plano alguno de los dos se dé por vencido, "lo que yo digo todo el tiempo lo contradices o anulas, entonces me siento en la sesión porque lo tengo que hacer, pero me doy por vencida, no participo, no doy ideas nuevas, solo secundo lo que dices y ya no me peleo con eso".

P2

Mi sensación es que la coterapia a veces es: alguien plantea una línea y el otro se tiene que ir por la línea del otro y ahí creo que se pierde, se pierde la voz de uno de los terapeutas para seguir a uno en aras de no confundir a la familia y creo que ahí la familia pierde y pierden los terapeutas porque no se escuchan.

P6

Conversando muchas teníamos esa idea y yo creo que sí es ser respetuoso pero no respetuoso en el exceso, en el exceso como para que tú te pierdas en la relación o te pierdas de tener voz.

P3

Entonces como desventajas del trabajo en coterapia se observan aquellas que dificultan el proceso terapéutico y aquellas que están relacionadas con el desempeño del terapeuta. En relación al proceso terapéutico destaca la falta de acuerdo en relación al diagnóstico y metas del proceso, que impide la consecución de objetivos y que crea confusión en los consultantes. En relación al desempeño de los terapeutas la lucha por ser el que mejor se desenvuelve fomenta la falta de colaboración entre ambos a través de no mirar y de invalidar los comentarios del otro. Las diferencias en los estilos pueden generar la pseudo-pasividad de uno de los coterapeutas, debido a la necesidad de evitar las discrepancias, creando una ilusión de fusión, o la derrota al no ser considerado o invalidado, generando que la voz de uno de ellos se pierda en el proceso.

Características de la relación entre coterapeutas que favorecen el aprendizaje

Moncayo (2014) expone que en una relación de coterapia ambos deben de poder comunicarse abiertamente, participar equitativamente, cooperar y confiar uno con el otro, respetarse mutuamente, así como estar dispuestos a compartir habilidades y reconocer mutuamente sus logros. Asimismo, entre los factores que facilitan la compatibilidad de los coterapeutas se encuentran (Salvendy, 1993, en Moncayo, 2014): su orientación teórica, su estilo personal, habilidades cantidad, calidad de participación y la madurez para analizar sus problemas.

Respecto a lo anterior, en la información recabada en las entrevistas se encontró lo siguiente:

Considero que partir de epistemologías similares es necesario en la relación de coterapeutas...También pensaría en confianza, respeto, compromiso y ética.

P1

Comunicación, que los coterapeutas tengan espacio para hablar de cómo se sintieron, que están observando, ellos nada más... Cierta humildad, de estar dispuesta a dudar de lo que tú ves o entiendes para darle espacio a que coexista la forma en la que piensa o ve tu compañero de coterapia.

P2

Que haya el mínimo de rivalidades, de resentimientos y de enfrentamientos.

Para qué funciona como aprendizaje, que sean flexibles en

quién toma la mano y quién va atrás.

Poder platicar antes de la sesión, durante la sesión y después (diálogo entre clínicos).

P5

Tomando en cuenta lo anterior, se puede concluir que la relación entre los coterapeutas requiere de cierta compatibilidad entre sus miembros, en cuanto a orientación teórica, es decir, partir de una epistemología similar. Asimismo, resalta la importancia de la comunicación entre los miembros de la pareja, de modo específico, uno de los participantes llama a esto “diálogo entre clínicos”, refiriéndose a platicar antes, durante y después de la sesión. Tanto en la teoría revisada como en la información recabada destaca la importancia de una relación de confianza, respeto, compromiso, cooperación. Por último, se encontró que la flexibilidad es una característica valorada por los participantes, para favorecer una buena relación de coterapia.

Características de la relación entre coterapeutas que no favorecen el aprendizaje

Entre los factores que dificultan la compatibilidad de los coterapeutas se encuentran: existencia de rivalidad, confusión, falta de comunicación y de congruencia (Moncayo, 2014). La información brindada por los participantes en relación a lo anterior, fue la siguiente:

Cero compromiso; que lleguen tarde, que no les importe el caso, dejar nada más que el otro pregunte.

P1

Competir; compararse; no escucharse; llegar cada quien a la sesión sin haber conversado antes y querer que la sesión sea a su propio estilo...”.

P2

Ortodoxia. Entendida como de mi teoría es lo único que existe en éste mundo y no hay otras. Yo creo que cuando eso ocurre no puede haber coterapia”.

P3

Pues que no deben de ser de los que les gusta tener todo el tiempo el micrófono, porque entonces ahí se acaba la coterapia. Pensaría que tiene que ver con esto de la rigidez, algo que para mí es deseable es un coterapeuta que no esté totalmente casado con un modelo...”

P4

Con lo anterior se puede concluir que los participantes reafirman lo encontrado en la teoría, respecto a que la falta de compromiso, la rivalidad o competencia y la falta de comunicación dificultan la relación entre los coterapeutas. Por otro lado, la información recabada en las entrevistas aportó que la rigidez, entendida como el no estar “casado” con un modelo y la ortodoxia, es decir, pensar que la teoría propia es lo único válido, son elementos de la relación coterapéutica que no favorece el aprendizaje de los terapeutas en formación.

Características de la supervisión que favorecen el aprendizaje

Según Fruggeri (2001) el supervisor sería exitoso solo en la medida en que logre modelar la buena práctica de la terapia sistémica, asumiendo los diversos roles convocados en el curso de la supervisión. Esto exige desarrollar una identidad versátil, que permita responder con flexibilidad a las variadas necesidades de los consultantes y de los terapeutas en formación.

Ungar (2006) resalta la importancia de asumir una postura coherente con respecto a la noción de experto o mentor, sin usar el autoritarismo; ser sensible a las diferencias individuales y culturales; cuidar la forma de preguntar y de conversar; hacer de la transparencia un valor fundamental de la relación en la terapia y en la supervisión, lo que implica dar retroalimentación sobre el desempeño del terapeuta, sus fortalezas y sus zonas de mejoramiento. Por su parte Milne y James (2002) proponen favorecer el aprendizaje experiencial a través del modelado, juego de roles, etc.; manejar el flujo de la sesión; escuchar y observar activamente; sostener y alentar; revisar los conceptos teóricos básicos pertinentes; desafiar hipótesis; brindar información, datos y técnicas; plantear y observar registros grabados (o en vivo).

Ayuda que no hagan diferencias o distinciones entre los coterapeutas; que no hagan distinciones de cómo uno hace las cosas mejor, eso puede causar conflicto entre los coterapeutas. También que ayuden si se está quedando atrás uno; cómo podría ayudarlo, si está bien o no. Igual que les pregunte porque preguntan ciertas cosas, qué idea iban siguiente.

P1

Es que creo que la supervisión se enfoca muchísimo en el caso y no en la coterapia, aquí en la maestría. Raramente en la supervisión, al menos de lo que recuerdo, son pocas las puntuaciones que se hacen directo sobre la coterapia..."

P4

Supervisión video-grabada, porque permite ver todo: lenguaje verbal y no verbal, lenguaje corporal. Y lo que no está video-grabada, por ejemplo el diálogo interclínicos, pues sería otra parte de la supervisión que tendría que incluirse, platicarlo... Lo favorable es que la supervisión tuviera un nivel de angustia de leve a moderado, si pasa de moderado a alto, el alumno se bloquea, se bloquea la capacidad de decidir, escuchar, exponer y reflexionar. La condición para que la supervisión de la coterapia fuera útil se requiere evitar que los niveles de angustia pasen de moderada a alta".

P5

Se puede concluir que en la teoría existente hay bastante información en relación a los roles que debe cumplir el supervisor para beneficiar al terapeuta en formación: flexibilidad, sensible, respetuoso, dar retroalimentación de fortalezas y áreas de oportunidad, orientar, modelar, usar registros videograbados, brindar información. La información recabada en las entrevistas aporta ideas específicas en relación a la supervisión de casos clínicos que se llevan en coterapia, aspecto que no se encontró en la teoría revisada.

Los participantes resaltaron como aspectos positivos de la supervisión para la coterapia, el no comparar el desempeño de los coterapeutas, el promover la participación equitativa de cada uno, el dar seguimiento a las intervenciones que cada uno realiza y analizar el diálogo interclínicos, esto es, la comunicación de la pareja de coterapeutas antes, durante y después de la sesión.

Asimismo, se agrega la importancia de que el supervisor genera un nivel de angustia moderado, que exija a los terapeutas trabajar, pero que no bloquee la capacidad de decidir, escuchar, exponer y reflexionar.

Por último, es importante resaltar que mencionaron que en el programa de formación de la maestría en Terapia Familiar de la UNAM no se enfoca lo suficiente en la relación entre los coterapeutas, sino más bien en el caso clínico.

Características de la supervisión que no favorecen el aprendizaje

Si bien no se encontró en la teoría revisada información referente a las características de la supervisión que no favorecen el aprendizaje, en las entrevistas resalta lo siguiente:

Que no te de ninguna retroalimentación y se vaya siempre con tu compañero. Que te diga siempre muy bien o que simplemente no te diga nada.

P1

Creo que como supervisora pudieras descuidar la relación de los coterapeutas; estar tan puesta en el caso que no hagas preguntas ni altos para ver cómo están los coterapeutas. Puedes ser un poco ciega a mirar cómo

uno está trabajando más que el otro, o que uno se está recargando mucho más. Podrías como no marcar ritmos para permitir que ambos terapeutas desarrollen y tenga actividad de participar en el proceso de modo equitativo, como dejar que el proceso corra solo y ahí podrías estar dificultando el proceso de aprendizaje, porque no estás cuidando la relación entre coterapeutas.”

P2

La persecución. Definitivamente el ir a la supervisión es ir a exponerse, entonces si uno se siente muy amenazado o criticado se echa a perder. En mi experiencia de alumno, me ha tocado tener supervisores amenazantes, que crean una situación de pánico, y así uno no piensa ni escucha, solo piensa “que se acabe”.

P5

Con lo anterior, se concluye que la presente investigación aporta información relevante acerca de las características de la supervisión que no favorecen el aprendizaje de los terapeutas en formación bajo el trabajo en coterapia, siendo las más significativas las siguientes: falta de retroalimentación a uno de los coterapeutas, es decir, que el supervisor se enfoque sólo en uno de los miembros de la pareja de coterapeutas; descuidar el supervisar la coterapia por poner únicamente atención en la parte clínica del caso; no promover una participación equitativa por parte de ambos coterapeutas; la persecución, entendida como que el supervisor genera una situación de pánico en los supervisados.

Problemas en la coterapia

Cuando hay esas dificultades que viene con la excesiva rivalidad, se rompen las parejas. Entonces uno como supervisor, me ha tocado plantearles "ya vimos que tienen tales características que los enfrenta, y que los pone en una escalada, que los lleva a no ver e identificar lo que está pasando con sus familias. Entonces propondría que lo revisen en sus terapias personales, y si eso no logra flexibilizarlos, que se percataran de lo que está sucediendo y lo cambiaran, entonces el planteamiento en cambiar de coterapeutas, una necesidad de separarse, por la rigidez en la que entraron.

P5

Es que creo que la supervisión se enfoca muchísimo en el caso y no en la coterapia, aquí en la maestría. Raramente en la supervisión, al menos de lo que recuerdo, son pocas las puntuaciones que se hacen directo sobre la coterapia; o sea yo recuerdo que los primeros comentarios sobre la coterapia me los hizo Flavio revisando los videos, antes de ahí no, o sea las puntuaciones son de "y esta pregunta, por qué hiciste esta pregunta" o del caso, creo que por eso creo que no es sencillo. Como le decía a Noemí, la coterapia la aprendes silvestremente, o sea ni si quiera puedes decir que sabes de coterapia, lo haces porque aprendiste a hacerlo así, pero no porque te hayan hecho un comentario de "aquí parece...". Por ejemplo, me acuerdo de comentarios de Flavio diciéndonos "aquí parece que tu

estas llevando el 1 y ella el 2 y luego se fueron para allá"...pero eso fue mucho después, por eso creo que la supervisión ni siquiera considera suficientemente los aspectos de la coterapia.

P4

En mi caso ha tenido mucho más que ver con querer ver a todos los alumnos trabajar y que si no trabajan en coterapia no tendría espacio en el semestre para hacerlo. Ha tenido que ver mucho más con cuestiones prácticas que elegir la coterapia porque los quiero someter a ciertas cuestiones de aprendizaje. O sea no por cuestiones didácticas sino prácticas.

Si veo alguien que pueda tender a recargarse en los demás, porque veo que lo hace en los equipos de trabajo o en las clases, quizá pediría que esa persona lleve la batuta por un rato. Más que deshacer a las parejas, metería un poco mi cuchara. Por ejemplo, a veces he pedido a algunas parejas de coterapeutas les he pedido que una sesión dirija una y la otra le toca seguir y acompañar, y a la siguiente sesión al revés. Cuando veo que una de las dos está trabajando mucho más que la otra, o va mucho más aventajada que la otra si llego a meter mano, pero no deshago parejas. Si ellos se eligieron confío en que fue por algo que tenía sentido. Prefiero que sigan así aunque tengamos hacer arreglos, a ponerlos a trabajar con alguien que no te cae bien; tu como supervisora no sabes siempre qué está pasando en el grupo, entonces podría poner a trabajar juntas a quienes son archienemigas, o quieren el mismo novio, entonces causaría

más problemas que resolver lo otro que sobre la marcha se puede limar.

P2

El que tú hagas algo yo lo voy a significar de una manera, aunque eso no sea lo que significara para ti, y si eso no se habla se convierte en un problema, entonces, empezar a revisar eso de una forma eh, a lo mejor no tan, no tan así pensada de hablemos de los significados, sino como más de hablar de las importancias, oye esto no me gusta por esto o esto me agrado por esto, yo creo que eso empieza a llevarte a una visión distinta de la persona con la que estás trabajando y creo que es allí en lo que yo pienso en esto de los significados, por qué hace esto, y no tanto un porque como de explícamelo, sino de por qué esto es importante para ti, cómo es importante para ti, qué significado dotas y porqué actuaste y ese significado que tú le dotas te ayuda actuar de una manera y a estar en el espacio de una manera, entonces cuando tú ves esto y lo empiezas a compartir es una cosa bien diferente.

P3

Cuando íbamos empezando apenas en coterapia, y mi compañero hizo un comentario como descafilándome dentro de la sesión; si me quedé como sacada de onda, pero no dije nada, durante la sesión me estuve enfocando en no demostrar mi enojo. Después lo comenté en supervisión; lo resolvimos platicando y en la siguiente ocasión pues no volvió a ocurrir.

P1

Se puede concluir que durante el trabajo en coterapia el supervisor debe abordar las situaciones en las que la rivalidad o la falta de participación por parte de uno de los integrantes durante las sesiones, favoreciendo el trabajo personal en terapia si este está relacionado con situaciones particulares que afectan el rendimiento del alumno o enfatizando las dificultades para que los terapeutas puedan identificarlas y cambiarlas. Si el supervisor o la pareja de terapeutas se percatan que a pesar de los intentos realizados por mejorar la relación, no mejora, es necesario separar a los terapeutas que no está beneficiando en su aprendizaje y que afecta directamente a la familia y al equipo de trabajo.

En el caso particular de la Maestría en Terapia Familiar en la Facultad, la supervisión se caracteriza por la practicidad para que más alumnos puedan atender casos, no tanto para que aprendan qué es y cómo se lleva a cabo la coterapia. Es así que los alumnos tienen que hacer frente a dificultades propias del caso y a las que surgen de la relación con su compañero de trabajo. Es en el camino que ellos resuelven las dificultades, hablando con el coterapeuta, exponiendo las ideas que tienen alrededor del conflicto y encontrando formas para solucionarlo, involucrando pocas veces a los supervisores.

Selección de la pareja de coterapia

Si yo pensara en escoger un coterapeuta, pensaría en escoger a alguien que yo sienta que tiene experiencia clínica, pensaría que sea alguien que me caiga bien, pensaría que para mí es importante percibir que es una persona respetuosa y abierta, que yo no lo vea como una persona como muy rígida. Para mi es

importante ver que una persona sea flexible y eso creo que sería importante al elegir al coterapeuta y que yo me pueda sentir en confianza de que si yo la riego este no lo va a hacer más evidente.

P4

Si trabajara en coterapia como un especie de guion de ciertas preguntas, pero no para que las elegiré o, sino para que ellos elijan. O sea, qué necesitarías tú para saber que puedes trabajar con esta persona, o en qué te estás basando para hacer esta elección, o qué estás esperando de ésta elección, por qué elegiste a tu compañero ¿no? o sea así como decir que siempre es positiva o no sé o tiene más callo en familias de este tipo, o sea, como que quede claro por qué se están eligiendo y qué necesitan la una de la otra para que realmente se apoyen.

P6

Siempre dejo que los elijan. Les dejo que lo elijan, pero después si puedo tener ciertas observaciones. La experiencia de las chicas que les conté, si veo una pareja muy asimétrica de conocimientos, habilidades o desempeño, decirles "están conscientes o han contemplado de que esto podría convertirse en un problema, como van a hacerle para que nos e convierta en un problema

Si ellos se eligieron confío en que fue por algo que tenía sentido. Prefiero que sigan así aunque tengamos hacer arreglos, a ponerlos a trabajar con alguien que no te cae bien; tu como supervisora no sabes siempre

qué está pasando en el grupo, entonces podría poner a trabajar juntas a quienes son archienemigas, o quieren el mismo novio, entonces causaría más problemas que resolver lo otro que sobre la marcha se puede limar.

P2

Yo te podría decir que sería mejor trabajar con quien te sientas más cómodo, y sin embargo, puede ser más nutritivo trabajar con quien no, porque implica más retos por enfrentar y cosas por aprender; incluso de la persona que más crees que es contraria a ti puedes aprenderle cosas, entonces creo que puede ser mucho más formativo eso. Y aprender que el trabajo es el trabajo, y tus amistades fuera del área es otra cosa.

P1

Finalmente, se observa que la elección de los coterapeutas de acuerdo con los supervisores no se basa en un criterio que ellos hayan establecido, como podría pensarse, ésta se vuelve una decisión de los alumnos, en los que se confía debido a que conocen sus habilidades y deseos para un equipo de trabajo y conocen bien a sus compañeros de grupo. La participación de los supervisores se da solamente para guiar la elección; ésta puede realizarse con un formulario que facilite el proceso. Se plantea la oportunidad de aprender nuevas cosas y enfrentar retos si la pareja es elegida por el supervisor, que requiere de una actitud profesional frente al trabajo terapéutico con la familia por parte de ambos terapeutas.

Discusión

Retomando el análisis de la información obtenida en las entrevistas, se puede concluir que gran parte de la información recabada en el marco teórico fue confirmada por los participantes; sin embargo, en ciertas categorías se encontró información relevante que complementa y aporta nuevos elementos.

En la teoría revisada, se encontró información que definía la coterapia como una forma de trabajo. En los resultados de la investigación, lo anterior se complementó con la concepción de la coterapia como un proceso de entrenamiento por etapas; como una especie de andamiaje que en un inicio da seguridad al terapeuta en formación, al mismo tiempo que le permite consolidar los conocimientos y las habilidades clínicas que requiere.

También se concluyó, a partir del análisis de la información, que el valorar la flexibilidad como una característica necesaria para una buena relación entre coterapeutas; mientras que la rigidez, es decir, pensar que la teoría propia es lo único válido, son elementos de la relación coterapéutica que no favorece el aprendizaje de los terapeutas en formación. Los aspectos que fueron encontrados en la revisión teórica previa.

Si bien no era el propósito principal de la presente investigación, parece importante resaltar el sentir de los terapeutas en formación de la Maestría en Terapia de la UNAM respecto a la supervisión que reciben, respecto a que la supervisión no se enfoca lo suficiente en la relación entre los coterapeutas, sino más bien en el caso clínico. De igual modo, resultó relevante concluir que los alumnos de dicha maestra consideran que, en ocasiones, tienen que hacer frente a dificultades propias del caso y a las que surgen de la relación con su compañero de trabajo; es en el camino que ellos resuelven las dificultades,

hablando con el coterapeuta, exponiendo las ideas que tienen alrededor del conflicto y encontrando formas para solucionarlo, involucrando pocas veces a los supervisores. Lo anterior podría relacionarse con que en este programa de formación, según los participantes, parece ser que el trabajo en coterapia se elige más para que haya mayor oportunidad de que los alumnos sean supervisados en vivo y no tanto para que aprenda qué es y cómo se lleva a cabo la coterapia.

El objetivo de la presente investigación fue conocer la experiencia de los estudiantes y supervisores en relación al trabajo terapéutico bajo la modalidad de la coterapia, explorar las ventajas y desventajas para el terapeuta en formación y el supervisor sistémico, así como entender las características de la elección de la coterapia como método de enseñanza. Se considera que lo anterior se alcanzó con el análisis de las entrevistas realizadas. Sin embargo, se reconoce como limitación de la misma el formato semiestructurado del instrumento de entrevista; se sugiere para futuras investigaciones, hacer uso de una entrevista abierta, que permita profundizar aún más en la temática, así como el poder tener alcance para hacer partícipes a los consultantes de los casos clínicos, de modo que se conozca también su perspectiva de recibir atención clínica por parte de una pareja de coterapeutas.

3. Habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento: atención y prevención comunitaria

Entre los objetivos de la formación también se encuentra el desarrollo de las competencias y habilidades de enseñanza y difusión del conocimiento, que caracterizan al terapeuta familiar. Éstas deben basarse de igual forma en los lineamientos del código ético y en el compromiso social.

3.1. Productos tecnológicos.

Durante mi formación como terapeuta familiar, coordiné la realización de un taller titulado “*El derecho y el papel del psicólogo: abuso sexual, violencia y género*” y traduje el texto titulado “*The Death of Resistance*” de Steve De Shazer que forma parte de la bibliografía utilizada en el tercer semestre. Ambos productos contribuyen a la formación de otros terapeutas familiares.

3.1.1. Presentación del taller “El derecho y el papel del psicólogo: abuso sexual, violencia y género”

Descripción de la actividad: El taller estuvo dividido en tres módulos, con una duración de cuatro horas cada uno.

Justificación: El taller surge como una necesidad de los alumnos de la residencia por conocer aquellos elementos del Derecho que están íntimamente relacionados con su práctica profesional. Preguntas como: ¿A dónde debo acudir cuando atiendo en consulta un caso de abuso sexual o de violencia? ¿Cuáles son los trámites y penalizaciones legales? ¿El terapeuta puede cometer un delito si no denuncia?, etc., son las que predominan en el aula. Es por esto que el taller pretende dar respuesta a las mismas y abrir nuevas puertas de acción en el tratamiento de los consultantes. Se concluye la importancia del trabajo multidisciplinario entre profesiones Abogado-Terapeuta para un buen pronóstico.

Población: el taller estuvo integrado por alumnos y ex alumnos de la maestría en Terapia Familiar y por estudiantes de posgrado de Psicología de otras instituciones educativas. Se llevó a cabo en la Facultad de Psicología, en el edificio de Posgrado.

Desarrollo:

Módulo I. Teoría de género y abuso sexual

Impartió: Lic. Rosalba Cruz Martínez

Objetivo. Conocer principios básicos de la perspectiva de género, así como acercar a los participantes a las convenciones que regulan el quehacer legal y brindar directrices de acción en situaciones de abuso sexual.

Contenido.

I. La Perspectiva de Género

II. El Derecho

- a. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

III. Protocolos

- b. Protocolo para juzgar con perspectiva de género
- c. Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren la orientación sexual o la identidad de género
- d. Protocolo de actuación para quienes imparten justicia en casos que involucren niños, niñas y adolescentes

IV. Violencia sexual en el ámbito legal

- e. Interdisciplina
- f. Jurisprudencia
- g. Periciales infantiles
- h. Reparación del daño
- i. Algunos datos estadísticos

Módulo II. Teoría de género y violencia en contra de las mujeres

Impartió: Mtra. Karla Gutiérrez Ortega

Objetivo. Entender el origen y las consecuencias, así como los tipos y modalidades de la violencia de género en contra de las mujeres a través del conocimiento de la teoría de género, y desde una perspectiva legal.

Contenido.

I. Teoría de género

II. ¿Qué se entiende por equidad de género?

III. Violencia. Origen y consecuencias

- a. Violencia familiar
- b. Violencia de género en contra de las mujeres
- c. Tipos y modalidades de violencia de género

Módulo III. Acompañamiento del o la terapeuta a las víctimas de violencia de género ante las instancias de justicia

Impartió: Lic. Rosita Segura Álvarez y Mtra. María Teresa Lozano O'Reilly

Objetivo. Transmitir al o la terapeuta las herramientas prácticas legales para llevar a cabo un acompañamiento integral a las víctimas de violencia de género.

Contenido.

I. Marco legal nacional e internacional

II. Derechos de las víctimas

III. Actuación del o la terapeuta en el acompañamiento ante las instancias de justicia

IV. Formación de expediente único

VI. Importancia de los dictámenes periciales en materia de psicología en los litigios

Resultados: el taller cumplió con las expectativas de los y las asistentes al brindar información pertinente para la atención de casos de violencia y abuso, así como guías de trabajo para la intervención y recomendaciones si fuera necesaria la participación de otras instancias. Se promovió la búsqueda de asesoría legal constante en la labor del psicólogo así como el trabajo interdisciplinario entre profesionales.

3.1.2. Traducción del texto “The Death of Resistance” de Steve De Shazer

Descripción de la actividad: El texto fue proporcionado por la titular de la materia impartida modelo de terapia breve: con enfoque en soluciones. A continuación se presenta un breve resumen del contenido.

Resumen: Para que cualquier distinción conceptual sea útil, dentro del campo de la terapia familiar, tiene que llevar a algunas respuestas claras a la pregunta: ¿qué significa ésta distinción para la práctica clínica?

La distinción entre a) la familia-como-un sistema y b) la familia-terapia-como-un sistema conduce a una perspectiva o postura clínica, que contempla un enfoque en el cambio. Una vez que este enfoque es claro, el terapeuta puede ayudar a crear la expectativa al cambio y en consecuencia, promoverlo. Es decir, es posible desarrollar técnicas a partir de trayectorias recursivas de retroalimentación. Más aún, esta distinción conduce a una postura terapéutica en la cual el cambio no es una revelación.

Justificación: Al ser materia del consulta básico para la formación, la traducción del mismo permite que los futuros terapeutas cuenten con material que les ahorre tiempo en la preparación de la clase y en la comprensión del mismo, ya que el dominio del idioma inglés no es el mismo para todos y un texto como este puede requerir más tiempo del estimado para su comprensión.

Población: el texto está dirigido a los alumnos de Maestría con residencia en Terapia Familiar que cursan el tercer semestre de la formación.

Resultados: El texto fue revisado por la responsable de la materia, cumpliendo con los requisitos necesarios para ser considerada una traducción apegada a la teoría desarrollada en el mismo. La versión impresa del mismo se encuentra en la Coordinación de la Residencia en Terapia Familiar para ser consultado por todos los interesados.

3.2. Programa de intervención comunitaria

Durante la formación se busca fomentar en el terapeuta una actitud de compromiso social. Para lograrlo, se capacita al estudiante para desarrollar un taller que comprende la planeación, creación e implementación del mismo. Éste se imparte sin ningún costo para la población elegida y corresponde a las ponentes proveerla del espacio y material idóneos para su desarrollo. El taller fue realizado en colaboración con Elia Cecilia Fajardo Escoffé y Paola Anaid Carreño Fernández.

3.2.1. Yo me cuido: Cómo ser consciente ante los riesgos de la sexualidad, adicciones y violencia en pareja

El taller tiene como antecedente la investigación cuantitativa sobre la escala de Percepción de Riesgo en el Adolescente, en ésta se observó la necesidad de crear un taller de prevención, en el cual los adolescentes puedan obtener conocimientos sobre cuáles son las conductas de riesgo y las acciones que pueden tomar frente a ellas.

Dirigido a *adolescentes de entre 15 y 18 años*, estudiantes de la preparatoria 1 “Gabino Barreda” de la UNAM, lugar en el que se impartió el taller.

El *objetivo general* del taller fue Fomentar en los adolescentes conocimientos, actitudes y conductas adecuadas, por medio de la información, la práctica y la enseñanza para favorecer los estilos de vida saludables y el autocuidado.

Las *temáticas y contenidos* abordados fueron: Conducta Sexual, Consumo de sustancias y Violencia (definición de violencia, tipos de violencia, prácticas de violencia, conflictos en las relaciones de pareja, señales de violencia, justificaciones de la violencia y características de una relación sana).

El taller se diseñó para llevarse a cabo en *3 sesiones de 3 horas cada una*, debido a los espacios disponibles y a los espacios libres entre clases de los estudiantes. El taller se llevó a cabo con 21 estudiantes, 12 mujeres y 9 hombres.

Debido a las características de la población el taller fue diseñado para combinar la presentación de información con actividades prácticas de observación, reflexión, interacción, escenificación, resolución, etc.

Se elaboraron *dos manuales*, uno corresponde al *instructor* donde se detallan las características propias del taller. El otro corresponde al del *participante* que incluye información relevante para los adolescentes y algunas de las actividades desarrolladas en el taller.

Se observó que *es necesario que los adolescentes cuenten con espacios donde se lleven a cabo actividades como las propuestas, sobre todo en temas de violencia, ya que expresaron más dudas y desconocimiento de la información*. Se constató que falta mucho trabajo por hacer con esta población, pues su involucramiento en conductas de riesgo es alto. Finalmente, con los comentarios que se hicieron al terminar el taller se concluyó que el taller fue benéfico, ya que los participantes mencionaron que se el taller aclaró dudas y brindó información que desconocían así como los dotó de herramientas para abordar situaciones de riesgo. Que haya sido un taller teórico-práctico lo dotó de un impacto mayor en los adolescentes ya que reportaron haber pasado un buen tiempo con el grupo y con las facilitadoras.

3.3. Presentación en un foro académico

PRESENTACIONES EN CONGRESOS

- | | |
|---|--|
| Anaya, A., Aldrete, E. y Fajardo, C.: | <i>La disfunción familiar como predictor de relaciones codependientes en adolescentes mexicanos</i> . 2° Foro: Desarrollo Positivo de la Adolescencia: Modelos emergentes en Evaluación e Intervención; Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; CDMX, México: 2015. |
| Aldrete, E., Fajardo, C., Barcelata, B., Anaya, A. y Mercado, D.: | <i>Validez de constructo de una escala de percepción de riesgo de consumo de sustancias, violencia y conducta sexual para adolescentes</i> . VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica; Asociación Española de Psicología Conductual; Granada, España: 2015. |
| Fajardo, C. Aldrete, E., Barcelata, B., Anaya, A. y Mercado, D.: | <i>Análisis de las conductas de riesgo en adolescentes escolares: consumo de sustancias, práctica sexual y violencia</i> . VIII Congreso Internacional y XIII Nacional de Psicología Clínica; Asociación Española de Psicología Conductual; Granada, España: 2015. |

PRESENTACIONES EN CONGRESOS (*continuación*)

| | |
|---|---|
| Aldrete, E. y Fajardo, C. | <i>La coterapia como método de enseñanza en la formación de terapeutas familiares: una aproximación a la experiencia emocional.</i> XII Jornadas Antropológica de Literatura y Semiótica (JALyS); Escuela Nacional de Antropología e Historia (ENAH) y Universidad Nacional Autónoma de México; CDMX, México: 2016. |
| Rentería, N., García, N., Aldrete, E. y Anaya, A. | <i>Una sesión en Terapia... sus posibilidades.</i> Mesa redonda en el Coloquio: XV AÑOS DE LA RESIDENCIA EN TERAPIA FAMILIAR EN LA UNAM, Universidad Nacional Autónoma de México, CDMX, México: 2016. |
| Aldrete, E. y Barcelata, B. | <i>La terapia familiar estratégica en los conflictos entre padres e hijos adolescentes: estudio de caso.</i> VIII Coloquio Internacional de Investigación para Estudiantes Universitarios, Universidad de Guadalajara, Cd. Guzmán, Jalisco, 2016. |

ASISTENCIA A EVENTOS ACADÉMICOS

| | |
|---|--------------|
| 4° Congreso Internacional: <i>"Terapia Breve y Familiar. MRI. Ayer y hoy"</i> ; Institución Patrocinadora: C.E.FA.P. Puebla, México. | Octubre 2014 |
| Taller: <i>Trabajo terapéutico con parejas desde las distintas miradas de la terapia familiar</i> , UNAM, CDMX, México. | Junio 2015 |
| Taller: <i>Trabajo con hombres que ejercen violencia. Devenir ético desde una perspectiva narrativa</i> , Colectivo Prácticas Narrativas, CDMX, México. | Julio 2015 |
| Taller: <i>Terapia Breve sin Cita. Modelo Sesión única</i> , Grupo Campos Elíseos, CDMX, México. | Mayo 2016 |
| Simposio: <i>Adicciones desde diferentes perspectivas</i> , UNAM, CDMX, México. | Junio 2016 |

4. Habilidades de compromiso y ética profesional

Este apartado se basa en los planteamientos realizados por Haley al ser uno de los modelos que se utilizó para la intervención terapéutica y en las guías que la Asociación de Terapia Familiar Mexicana establece para el ejercicio ético del terapeuta.

4.1. Consideraciones éticas que emergen de la práctica profesional.

Entre las principales cuestiones éticas en el campo de la terapia se encuentra: el intercambio justo y el control de la información. Las ideas que a continuación se desarrollan provienen del teórico Jay Haley (2008) consideradas apropiadas ya que surgen de la práctica en terapia familiar sistémica.

Menciona que el intercambio justo alude al equilibrio entre lo que recibimos y lo que damos pues no es ético que aceptemos dinero sin brindar a cambio un servicio apropiado, como tampoco lo es obtener algún provecho personal sin retribuir al terapeuta con una remuneración suficiente. Entonces, el aspecto ético queda ligado a cuestiones de técnica terapéutica. Si al cabo de la terapia el cliente o el terapeuta ha dado más de lo que ha recibido, este desequilibrio revela un problema ético. Por lo tanto, tanto la técnica como la ideología clínica están inextricablemente ligadas a la cuestión ética.

En cuanto al problema relacionado con el control de la información, esto tiene que ver con el flujo desde lo que está fuera de la conciencia, o desde el “inconsciente” hacia la “conciencia”. En la actualidad se aprecia más el valor de la amnesia natural, a medida que se empieza a comprender que olvidar ciertas cosas y no advertir otras tiene fundadas razones. Es un problema ético cuando existe el riesgo de hacer daño a una persona trayendo ideas a su conciencia; respetar el límite interno de los individuos puede considerarse tan importante como respetar los límites entre las personas.

Es así que la individuación y coparticipación total en la información son incompatibles; el acto de ocultamiento de información entre terapeuta y cliente define un límite entre ambos y de este modo los individúa.

Existen números problemas éticos en el límite entre diversos subsistemas (el individuo, la díada conyugal, la familia, la familia extensa y la comunidad) en este escrito se hablar del

límite entre terapeuta y cliente relacionado con la manipulación del primero sobre el segundo.

La cuestión de si un terapeuta es honesto con su cliente o lo manipula ha sido fuente de controversias. En la actualidad se admite que es imposible practicar terapia sin manipular a la gente en el sentido de influenciarla para que cambie, puesto que el objeto de la terapia es justamente el cambio. Surge la pregunta: ¿hasta qué punto el terapeuta debe mantener sus maniobras fuera de la conciencia del paciente?

Por regla general, no es aconsejable mentirle al paciente, no sólo porque es incorrecto sino también porque es ingenuo decir una mentira en la creencia de que no será descubierta. La mayoría de los terapeutas no le miente a un cliente para aprovecharse de él sino para ayudarlo, pero aun así la mentirilla más leve puede resultar una muestra de condescendencia cuando sale de boca de un terapeuta. Mentir no es necesariamente una falta de ética cuando la falsedad de lo dicho es obvia para ambos interlocutores. La mentira dicha en broma pierde mucho de su carácter. Cuando se discute una situación compleja y el terapeuta subraya o aun exagera un aspecto de la misma, no está mintiendo. Las maniobras terapéuticas tendientes a estimular la conducta sintomática no son simples mentiras. Este tipo de situación surge de la naturaleza misma de la terapia, basada en el modelo estratégico, cuando el objetivo es persuadir a alguien de que cambie “espontáneamente”; el terapeuta incita al cliente a rebelarse contra él. Al estimular un síntoma el terapeuta provoca al cliente a responderle no manifestándolo, y en este sentido la “mentira” obliga al individuo a ser más responsable de su conducta. El terapeuta está embaucando al cliente para librarlo de su problema. Más que el interrogante de si el terapeuta miente o no, lo que importa es si su conducta es o no ética.

El terapeuta que cree correcto y posible cambiar a una persona sin que esta tenga conciencia de ello elabora un concepto del “ser humano” diferente del establecimiento por quien cree que debe compartir todas sus observaciones con la gente observada y que el cambio sobreviene con la autocomprensión. La diferencia entre la escuela psicodinámica de terapia, por un lado, y la hipnosis, los métodos condicionantes y otros sistemas directivos, por el otro, radica en que el terapeuta debe ayudar al cliente a comprenderse a sí mismo valiéndose de las interpretaciones. El interrogante no sólo estriba en saber si el insight produce el cambio, sino también en saber si el terapeuta está obligado a explicarle sus observaciones al cliente.

Partiendo de una definición amplia del uso del insight, que incluya toda educación de pacientes, podemos centrarnos en la cuestión de si es ético cambiar a una persona sin que esta tenga conciencia de ello, o si estamos obligados a ayudarla a comprender lo que ocurre en su vida y en la terapia.

Una de las formas en que se intenta resolver el dilema ético de ser sincero y franco a la par que se oculta información consiste en desarrollar una teoría de la resistencia: dividiendo al paciente en dos fases, una resistente y otra cooperativa, el terapeuta puede ocultarle a la faz resisten todas aquellas interpretaciones que no serían eficaces en un momento dado.

Si la terapia es la incorporación de una mayor riqueza y variabilidad personal, es antiterapéutico imponer a los clientes una explicación psicológica de su propia conducta y de la ajena.

La explicación interpersonal de los síntomas ha venido acompañada del concepto de que los problemas de la gente no se deben a su ignorancia, sino a sus situaciones sociales. Si un terapeuta le oculta información a un cliente, por lo común le está ocultado lo que él ya sabe; al proceder así le demuestra cortesía y respeto. Concediendo que hay algunos clientes (y algunos terapeutas) mudos, parece más respetuoso suponer que la gente tiene conciencia de sus dificultades y que necesita un terapeuta que facilite en lo posible el cambio.

Al negarse a trazar un límite entre ellos y sus clientes, al insistir en compartirlo todo, los clínicos no sólo corren riesgo de fracasar sino también de hacerle daño al cliente. Una solución obvia es incitar a los clínicos a que sean sensatos y no lo comportan todo con su clientela. La libre presentación de ideas entre clínicos causará menos daño cuando estos admitan que guardan para sí las opiniones privadas y sólo ofrecen sus ideas a sus clientes con cuidado y circunspección. También ayuda que admitan que cuando le diga al cliente ya será probablemente de su conocimiento, si bien pocos clínicos gustan reconocerlo.

Como ya se mencionó, el terapeuta aparece como un guardián de la información entre sectores sociales; revelar u ocultar información en el límite entre grupos crea a su vez una

separación intergrupala, entonces, información y límite son sinónimos. De esto se desprenden las siguientes proposiciones:

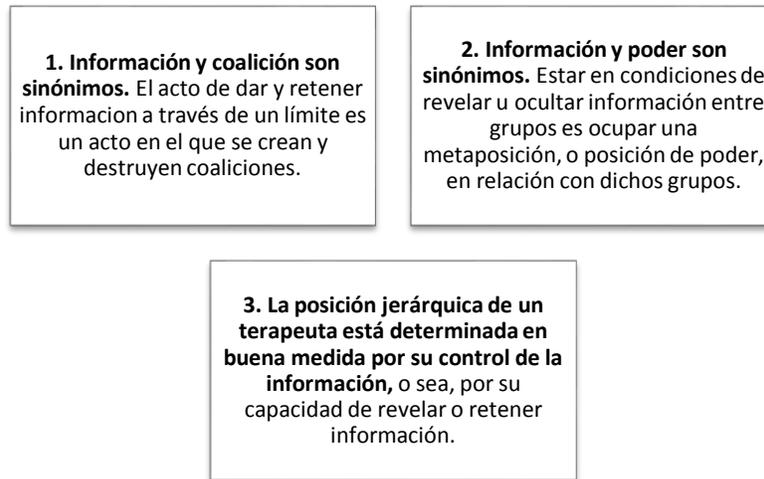


Figura 4. Tres proposiciones sobre información y límites.

El terapeuta que quiera tener poder e influencia sobre un individuo o grupo debe constituirse en guardián de la información entre ese grupo y otro mayor; ha de definírsele, en términos reales o ficticios, como el portero que permite o impide el paso de la información. Por consiguiente, su poder aumenta si se le confían secretos para su protección; cuanto más información le da un individuo o grupo (información que se desea mantener oculta), tanto más poder y status le confiere.

Para finalizar con éste apartado, Haley aclara que en cuanto a su participación en sistemas sociales, es preciso que el terapeuta oculte información entre grupos, pero el acto de ocultar información recibida de alguien jerárquicamente inferior puede impulsar al experto a establecer una coalición por sobre los límites generacionales, trastornando el sistema, por lo tanto, el terapeuta debe ocupar una metaposición respecto de todos los grupos con los que trabaja; quizá pueda invertir la coalición, distribuyéndose equitativamente aun dentro del grupo del cual forma parte.

Por su parte, la Asociación Mexicana de Terapia Familiar ha desarrollado un código ético que se explica brevemente a continuación y que fue guía del trabajo durante la formación como terapeuta familiar.

| | | |
|--|---|---|
| <p>Responsabilidad con los pacientes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán procurar el bienestar de las familias y de los individuos, respetar los derechos de aquellas personas que buscan su ayuda y llevar a cabo esfuerzos razonables para garantizar que sus servicios sean utilizados en forma apropiada. <ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta no discriminará. • Evitará el abuso de confianza y la dependencia. • No utilizará la relación terapéutica para su propio beneficio. • Respetará la toma de decisiones. <ul style="list-style-type: none"> • La terapia se prolongará lo necesario. • Se ayudará en la búsqueda de otro terapeuta si se considera que no se está calificado. • No abandonará ni negará el servicio sin hacer los arreglos necesarios. <ul style="list-style-type: none"> • Obtendrá consentimiento informado para grabaciones y presencia de terceros. | <p>Confidencialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán mantener la confidencialidad de cada uno de los pacientes, ya que en una relación terapéutica el paciente puede ser más de una persona. Los terapeutas deberán respetar y reservarse las confidencias de cada uno de los pacientes. • Las confidencias que el terapeuta puede hacer respecto a lo que se le ha dicho tendrán lugar si está relacionado con la ley, poner a salvo a alguien. • Debe mantener en anonimato la información del paciente cuando realice actividades de enseñanza, escritura y presentaciones. • La conservación de registros deben garantizar la confidencialidad. | <p>Capacidad e integridad profesional</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán conservar un alto nivel de capacidad e integridad profesional. • Los terapeutas violarán el Código Ético cuando participen en un delito, sus credenciales estén revocadas o suspendidas y cuando se encuentren incapacitado mental o físicamente. • Buscarán ayuda para sus problemas personales. <ul style="list-style-type: none"> • Se mantendrán actualizados. • No se involucrarán en actividades sexuales con estudiantes, pacientes, supervisados, etc. • No brindará sus servicios si el problema está fuera de su competencia. • Evitará la ateración y mal uso de sus hallazgos clínicos y/o investigación. • Tendrá cuidado al expresar sus opiniones y recomendaciones. |
| <p>Responsabilidad con estudiantes, supervisados y otros subordinados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas no deberán abusar de la confianza y dependencia de estudiantes, supervisados o quienes dependen de ellos en el proceso de enseñanza-aprendizaje e investigación. <ul style="list-style-type: none"> • Evitarán el abuso de confianza y dependencia. • Preservarán la confidencialidad del material presentado por los otros a excepción de necesidad legal, en situaciones educativas, etc. | <p>Responsabilidad con los participantes de investigaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los investigadores deberán respetar la dignidad y proteger el bienestar de los participantes en la investigación y estar concientes de las leyes y reglamentos federales y estatales, así como de los estándares profesionales que deban regir la conducta de los investigadores. • Evaluarán la aceptabilidad ética de dichos estudios. • Informarán de todos los aspectos de la investigación a los participantes. • Respetarán la libertad que tiene los participantes para declinar su participación. <ul style="list-style-type: none"> • La información obtenida es confidencial. | <p>Responsabilidad a la profesión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán respetar los derechos y responsabilidad de sus colegas y participar en actividades que mejoren las metas de la profesión. • Otorgarán créditos de publicación. <ul style="list-style-type: none"> • Los autores de libros deberán aclarar de quién fue la idea original. • Deberán participar en actividades que contribuyan a mejorar a la sociedad y a las comunidad. |

Figura 4: Principios éticos del terapeuta familiar.

| Arreglos financieros | Publicidad | Publicidad General |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas deberán hacer arreglos financieros con los pacientes o con las terceras personas que vayan a cubrir sus honorarios, y deberán verificar que éstos sean razonablemente adecuados y que el paciente esté conforme en aceptar la práctica profesional. • Los terapeutas deberán notificar a los clientes los honorarios pactados desde el inicio del servicio. • Los terapeutas deberán proporcionar al cliente, a las terceras personas que cubren los honorarios o a los supervisados información correcta relativa al encuadre de los servicios prestados. | <ul style="list-style-type: none"> • Los terapeutas podrán involucrarse en actividades informativas apropiadas que permitan a las personas del público escoger servicios profesionales sobre bases de información bien documentadas. | <ul style="list-style-type: none"> • Deberán mostrar con exactitud, su capacidad, educación, preparación y experiencia. • La propaganda y publicidad por cualquier medio de comunicación transmitirá la información necesaria para que el público haga la selección de los servicios profesionales adecuados. • No deberán utilizar un nombre o razón social que pudiera ser mal interpretado por el público. <ul style="list-style-type: none"> • No utilizarán una identificación profesional falsa. • Deberán corregir falsas apariencias, información errónea, etc. |

Figura 4: Principios éticos del terapeuta familiar (continuación).

Para finalizar se hablará de las ideas de Telfener (2014) que incorporo como guías en mi práctica profesional. La autora menciona que la ética no es representada por las personas, sino que es incorporada. Es sobre aquellas cuestiones indecibles sobre las que podemos elegir, e implica una suerte de responsabilidad por aquello que escogemos, es así que la ética se convierte en implícita y la responsabilidad explícita. Esto convierte a la ética en el domino en el cual nosotros asumimos la responsabilidad por las decisiones que tomamos. Considerar a la ética como una actitud en la intersubjetividad requiere que el terapeuta reflexiones cada vez más sobre la manera en la que opera y sus acciones.

De todo esto concluyo lo indispensable que es, como terapeuta, la actualización de los conocimientos, el trabajo personal, la reflexión constante de la propia posición dentro de los procesos terapéuticos, pues mi actuar no es ingenuo, tiene un efecto en las vidas de las personas con las que trabajo y en mí también. Sé que he incorporado la ética a mi quehacer profesional y a mi vida personal cuando pienso en la responsabilidad de los actos y de las decisiones. Implica a veces la necesidad de apoyarse en otras personas e incluso otras instituciones y creo que con la práctica, aquellas decisiones en relación a cuestiones indecibles se refuerzan con los resultados satisfactorios obtenidos.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

1. Resumen de habilidades y competencia profesionales adquiridas

En la página oficial del Programa de Maestría y Doctorado en Psicología (UNAM, 2013) se establecen las competencias y habilidades que el egresado de Terapia Familiar desarrollará y que caracterizan al terapeuta sistémico-construccionista, basadas en los lineamientos del código ético y en el compromiso social. Éstas se describen en la tabla 6.

Tabla 6: Habilidades y competencias del terapeuta sistémico-construccionista.

| Teórico-Conceptuales | Investigación-Enseñanza | Prevención | Ética y compromiso social |
|---|--|---|---|
| Conceptualización de los fundamentos teóricos que caracterizan a los modelos de intervención. | Diseño, aplicación e implementación de proyectos de investigación relacionados con la problemática de los consultantes. | Elaboración de programas y proyectos de salud comunitaria. | Desarrollo de valores y actitudes en la persona del terapeuta, basados en el compromiso personal y social. |
| Análisis y discusión de la viabilidad de las teorías, establecimiento de hipótesis explicativas. | Difusión de conocimiento. | Identificación de procesos que ayudan a prevenir problemas familiares y grupales. | Establecimiento de una actitud de respeto, confidencialidad y compromiso con las necesidades de los consultantes. |
| Identificación de la especificidad de los modelos de intervención, así como su aplicación clínica en el contexto de incidencia. | Obtención de datos que den noción del surgimiento, mantenimiento, severidad, etc. de los problemas psicosociales presentados. Formulación de hipótesis sobre los posibles factores involucrados. | Diseño de programas de difusión, educación e intervención para solucionar o prevenir problemas psicosociales en la familia y en la comunidad. | Manifestación de respeto y tolerancia hacia diferentes enfoques, disciplinas, colegas e instancias institucionales. |
| | Realización de análisis contextuales de los problemas clínicos para establecer su conceptualización y procesos inmersos. | Aplicación de los programas, en colaboración los diferentes agentes que intervienen. | Sensibilidad y respuesta profesional ante las necesidades de la población. |
| | Diseño y conducción de proyectos de investigación aplicada. | | Análisis honesto del trabajo terapéutico realizado, apegándose a las normas éticas profesionales. |
| | Establecimiento de condiciones para el trabajo inter y multidisciplinario relacionado con la investigación aplicada. | | Actualización e innovación de las capacidades profesionales constantemente. |
| | | | Responsabilización del desarrollo profesional, considerando la necesidad de acudir a terapia si es pertinente. |

Tabla 6: Habilidades y competencias del terapeuta sistémico-construccionista. (*continuación*)

| Clínicas-Detección-Evaluación-Tratamiento | | | |
|--|--|---|---|
| Observación de procesos terapéuticos. | Definición del motivo de consulta y de demandas terapéuticas. | Generación y aplicación de la metodología de cada modelo de intervención para el tratamiento de las demandas de los consultantes. | Reconocimiento de la interdependencia entre conocimiento científico, práctica profesional y necesidades del consultante, contextualizado, para la evaluación. |
| Establecimiento del contacto terapéutico con las personas que solicitan el servicio. | Evaluación del tipo de problema y posibilidades de solución. | Formulación de hipótesis que promuevan el cambio. | Diseño, selección y aplicación de los diferentes métodos, procedimientos y técnicas para incidir efectivamente en la problemática presentada. |
| Generación de una relación de colaboración con los involucrados. | Definición de objetivos terapéuticos en colaboración con los consultantes. | Evaluación de los resultados y término del tratamiento. | Establecimiento del curso de acción terapéutico con el consultante para dar respuesta a las necesidades y co-establecer un plan para el desarrollo del proceso terapéutico. |
| Creación del enganche y de la alianza terapéutica. | Identificación de necesidades y recursos dentro y entre los sistemas. | Creación e instrumentación de herramientas innovadoras para la evaluación en el proceso de intervención y seguimiento. | Elaboración de reportes de tratamiento. |

Considero que al haber sido formada como Psicóloga y como Terapeuta en la Universidad definitivamente ha permitido que incorpore la lista amplia de habilidades y competencias antes mencionadas. La carga de trabajo que demanda la formación hace necesaria la puesta en práctica, y en algunos casos el desarrollo, de muchas habilidades más. El trabajo en equipo es una de las que más sobresalen para mí. A éstas agregaría la tolerancia a la frustración, el manejo adecuado del estrés y de las emociones, el trabajo en las relaciones interpersonales, ser autodidacta y la necesidad de saber comunicarse de forma efectiva. La integración de todas estas habilidades y competencias definitivamente perfilan al terapeuta familiar orientado hacia la ética y el compromiso social.

2. Reflexión y análisis de la experiencia

Iniciaré mi reflexión y análisis con las competencias adquiridas, para dar continuidad al apartado anterior. Mientras desarrollaba las habilidades me percaté que el trabajo que realizamos durante la formación se dice fácil, pero no lo es. Implica una suerte de montaña rusa, con altibajos, tan increíblemente formativos. Me siento muy satisfecha por

los logros alcanzados, creo que la experiencia cumplió con el objetivo de la universidad y con el mío: ser una persona lo más competente posible en el ejercicio de lo que considero mi vocación. La perfectibilidad es una palabra que viene a mi cabeza pensando en algunas de las habilidades enunciadas, pues algunas todavía no las domino, aunque tengo nociones, sobre todo las que aluden a la Investigación, la Enseñanza y la Prevención. Ahora que me desempeño en el campo de la docencia implica, definitivamente, poner en marcha nuevos procesos de aprendizaje para perfeccionar y desarrollar otras habilidades. Creo que haber sido alumna en la universidad me da la posibilidad de poder decidir en qué área quiero desempeñarme, pues tengo conocimientos y herramientas que me lo permiten y por eso estaré eternamente agradecida.

En cuanto a mi experiencia, creo que he dejado claro durante mi trayecto que estoy muy contenta por haber logrado un objetivo personal, difícil pero no imposible de alcanzar. La Universidad representa para mí el lugar en el que me apoyo si quiero expandir mis horizontes. Creo que pertenecer a ella hace que no existan límites para los sueños y es definitivamente un privilegio.

Esta segunda oportunidad de ser alumna me permitió valorar muchas cosas y considerar otras tantas. El reporte en particular concentra todo el trabajo realizado y ofrece una visión de lo que SER TERAPEUTA implica. La investigación que tuve que realizar para conocer las características del campo psicosocial así como las problemáticas, me dio un vistazo rápido a la situación tan desalentadora en nuestro país. Me recordó que no debo olvidar el contexto en el que me encuentro y la necesidad de conocer a fondo sobre él.

El análisis puntual de los casos atendidos refuerza la necesidad que todas las profesoras señalaron siempre de tener una buena conceptualización de los problemas y de los modelos. Creo que eso diferencia nuestro trabajo del de otros terapeutas que se forman en otras instituciones. Es una de las habilidades establecidas con anterioridad y una de las que más me llenan de satisfacción, que, si bien no es sencillo, implica un nivel de análisis fundamentado que definitivamente traerá resultados alentadores en el trabajo con los consultantes.

Por otro lado, las investigaciones realizadas, así como la participación en eventos académicos, me abrieron la puerta no sólo a conocer otras formas de trabajo, sino

también la oportunidad de conocer otros países. Reitero, un privilegio, que deja en mí la semilla de procurar espacios así, pues el intercambio de ideas es algo que debemos cultivar. La preparación constante es algo que me llevo de la formación pues el aprendizaje nunca termina.

Estoy consciente del papel que tengo en la sociedad, como profesionala y sobre todo como persona y creo que estoy haciendo un muy buen trabajo para ser alguien que pueda dejar algo bueno, no me refiero a un legado, simplemente el poder ayudar entre tanto caos a mí me resulta muy satisfactorio.

Estoy muy agradecida y valoro mucho haber podido pertenecer y seguir siendo parte de un grupo de trabajo tan profesional. Definitivamente creo que en nuestras manos está el cambio y como gremio, hacia allá vamos.

3. Implicaciones en la persona del terapeuta, en el profesionala y en el campo de trabajo.

Quisiera abordar aquí algunas ideas que rescato del Coloquio por los XV años de la Residencia. Haber estado ahí y participar en el mismo, me dio la oportunidad de reflexionar y puntualizar el impacto que la formación tiene.

El cambio de epistemología, es decir, transitar por una concepción lineal a una circular definitivamente ha sido el mayor impacto que ha habido en mí. A ésta agregaría las premisas que caracterizan a la cibernética de segundo orden y al Construccionalismo Social y que han cambiado de manera notable la explicación que doy de los eventos en mi experiencia, en la terapia. Son, como decía una de nuestras talentosas maestras, Miriam Zavala, unos lentes muy distintos para mirar al mundo. Me han liberado de la postura de experto que tanto se me dificulta y agregan al trabajo la autoreflexividad como una práctica constante.

Por otro lado, la visión de género de la terapia familiar feminista es un elemento indispensable para mi quehacer como terapeuta, porque contextualiza método, dándole sustento o invalidándolo. Es entonces que asumo una postura crítica ante los modelos terapéuticos que fomentan la desigualdad, el abuso de poder y la sumisión y, como dijo el

la Dra. Noemí Díaz, visibiliza el papel del terapeuta como agente social. En palabras del Mtro. Gerardo Reséndiz, con la formación se adquiere entonces una suerte de conciencia social.

Además, haber sido entrenada en modelos tan diversos de intervención, así como en unidades de trabajo (individual, familiar, pareja) abre la puerta a un sinfín de oportunidades para dar atención a las personas e instituciones que requieren de mis servicios. Es ahora más probable que pueda ser captada por la habilidad que adquirí para dirigir procesos breves, o por instituciones que atienden problemáticas consideradas graves.

Entre a terapia familiar porque la terapia de pareja me resulta, además de increíblemente complicada, también una oportunidad para prevenir muchos de los problemas actuales en nuestra sociedad. Tuve la oportunidad de participar en procesos de parejas jóvenes, con esto me refiere a que llevan pocos años juntos, y observar cambios que sé, y espero, tendrán un efecto notable en la manera en que se relacionan, en que toman decisiones y en que participan en las dificultades sociales. Ellos son los futuros padres de las generaciones venideras, qué mejor si podemos hacer algo para que elijan la opción más conveniente para ellos y su descendencia, porque si lo es para ellos, lo será también para nuestra sociedad que necesita tanto reeducarse en el amor, en las formas de crianza, etc.

En la misma línea de las oportunidades de trabajo, considero que los acercamientos a la docencia y a la investigación también permiten ampliar el campo de acción. Por mi parte, la docencia es mi segunda opción para ejercer como Psicóloga. Ahora que he tenido la oportunidad de estar frente y en línea con grupos de estudiantes, veo la enorme necesidad de crear nuevas formas para continuar con el mismo proceso de educación y reeducación. Como agente social, creo que parte de mi responsabilidad se encuentra en crear una visión crítica ante lo que se aprende, ante lo que se hace, ante lo que sucede en nuestra actualidad.

Me siento muy contenta porque se han cumplido muchos de mis propósitos al entrar a la maestría y continuaré con mi trabajo personal y profesional para ser la terapeuta que no sólo yo quiero alcanzar, sino también que necesita nuestro país.

REFERENCIAS

- Ajzen I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Process*, 50, 179-211.
- Ajzen, I. y Fishbein, M. (1980), *Understanding attitudes and predicting social behavior*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Alsinet, C., Pérez, R. M. y Agulló, M. J. (2003). Adolescentes y percepciones del riesgo. *Revista de Estudios sobre Juventud*, 18, 90-101.
- Anderson, H. y Goolishian, A.H. (1988). Human systems as linguistic systems: preliminary and evolving ideas about the implications for clinical theory. *Family Process*, 27, 371-393.
- Andolfi, M. (1985). *Terapia familiar*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Apolloni, T. y M. Pedrocco, T. (2008). El abuso sexual y la perspectiva sistémica. Conversando con Luigi Boscolo. *Psicoterapia y Familia* 21(2), 74-90.
- Arango, A. M. y Moreno, M. F. (2009). Más allá de la relación terapéutica: un recorrido histórico y teórico. *Acta Colombiana de Psicología*, 12(2), 135-145.
- Arriagada, I. (2010). Familias sin futuro o futuro sin familias. En Lerner, S. y Melgar, L. (Coord.). *Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)/Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México.
- Asociación Mexicana de Terapia Familiar (1999). *Código ético del psicólogo*. México: Trillas.
- Bello, M., Puentes, E., Medina, Elena y Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1), S4-S11.
- Benjet, C., Borges, G., Medina, M., Fleiz, C. y Zambrano, J. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Pública de México*, 46(5), 417-424.

- Berenzon, S., Asunción, M., Robles, R. y Medina, M. (2013). Depresión: Estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. *Salud Pública de México*, 55 (1), 74-80.
- Bertrando, P. (2011). *El terapeuta dialógico. El diálogo que conmueve y transforma*. México: Pax-México.
- Betina, A. y Contini, N. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12, 159-182.
- Biscarra, A.M., Brandariz, A.R., Lichtenberger, A., Peltzer, R. y Cremonte, M. (2013). Construcción de una Escala de Codependencia. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 5, 42-51.
- Boscolo, L., Cecchin, G., Hoffman, L. y Penn, P. (1989). *Terapia familiar sistémica de Milán: diálogos sobre teoría y práctica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Boscolo, L. y Bertrando, P. (2008). *Terapia sistémica individual*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Bradshaw, J. (2002). *La familia*. México: Selector.
- Cade, B. y O'Hanlon, H.W. (1995). *Guía breve de terapia breve*. España: Paidós.
- Cancrini, L. (2007). *Océano borderline. Viajes por una patología inexplorada*. España: Paidós Ibérica.
- Ceberio, M. R. (2002). *Mitos y desmitificaciones del modelo sistémico*. Recuperado de <http://www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/7.pdf>
- Cecchin, G. (1987). Nueva visita a la hipotetización, la circularidad y la neutralidad: Una invitación a la curiosidad. *Family Process*, 26 (2), 405-413.
- Cecchin, G., Lane, G. y Ray, W. (1998). De la estrategia a la no intervención: hacia la irreverencia en la práctica sistémica. *Psicoterapia y Familia*, 6(2), 7-15.
- Celis de la Rosa, A. (2003). La salud de adolescentes en cifras. *Salud Pública de México*, 45(1), 153-166.
- CIJ (2009). *Mujer y drogas*. México: Centro de Investigación Juvenil.
- Confederación de Empresarios de Aragón. (2010). *Guía de Actuación de Percepción de Riesgos*. Recuperado de:

[http://www.crea.es/prevencion.nsf/115d8657e25cba3ec1257999002aca0d/\\$FILE/Gu%C3%ADa%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Pr%C3%A1ctica.pdf](http://www.crea.es/prevencion.nsf/115d8657e25cba3ec1257999002aca0d/$FILE/Gu%C3%ADa%20de%20Aplicaci%C3%B3n%20Pr%C3%A1ctica.pdf)

CONAPO (2009). *Informe de Ejecución del Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo 1994-2009*. México: autor.

CONAPO (2014). *Consulta Interactiva de Jóvenes*. México: autor.

CONAVAL (2015). CONEVAL informa los resultados de la medición de pobreza 2014. Recuperado de: http://www.coneval.org.mx/SalaPrensa/Documents/Comunicado005_Medicion_pobreza_2014.pdf

Cruz, J. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, 27(1), 129-142.

De la Villa, M. (2009). *Factores relacionados con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas*. México: FISAC.

De la Villa, M. y Sirvent, C. (2010). Codependencia y heterocontrol relacional: el síndrome de Andrómaca. *Revista Española de Drogodependencias*, 35, 120-143.

De Shazer, S. (1984). The death of resistance. *Family Process*, 23(1), 11-17.

Díaz, P. I. (2000). *Bases de la terapia de grupo*. México: Editorial Pax-México.

Díaz, M. J. (2003). Adolescencia, sexismo y violencia de género. *Papeles del psicólogo*, 84, 35-44.

Díaz, M. J. (2005). La violencia entre iguales en la adolescencia y su prevención desde la escuela. *Psicothema*, 17, 549-558.

Durán, M; Alzate, M y Sabucedo, J. (2009). La Influencia de la Norma Personal y la Teoría de la Conducta Planificada en la Separación de Residuos. *Medio Ambiente y Comportamiento Humano*, 10, 27-39.

Eguiluz, L. (2004). La terapia familiar en México. En L. Eguiluz (Comp.). *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. (pp. 225-258). México: Pax-México.

Encuesta Nacional de Adicciones 2008. (2010). México: *Encuesta Nacional de Adicciones*. Consejo Nacional Contra las Adicciones, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, Dirección General de Epidemiología, Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. México: Autor.

- Encuesta Nacional de Adicciones (2011). *Consumo de Drogas: Prevalencia, tendencias y variaciones regionales*. Recuperado de: http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/factsheet_ENA_drogas25oct.pdf
- Encuesta Nacional de Adicciones (2011). *Consumo de tabaco, exposición al humo de tabaco ambiental y estrategias de control en México*. Recuperado de: http://encuestas.insp.mx/ena/ena2011/factsheet_tabaco25oct.pdf
- Estévez, E., Musitu, G. y Herrero, J. (2005). El rol de la comunicación familiar y del ajuste escolar en la salud mental del adolescente. *Salud Mental*, 28(4), 81-89.
- Faur, S. (2012). *Codependencia y estrés marital: Algunas consecuencias endocrinas e inmunológicas*. Recuperado de: <http://www.sapine.org/biblioteca/condependenciayestresconyugal.pdf>
- Fernández, A. A., Fuertes A. y Pulido R.F. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes. Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6, 339-358.
- Fernández, H. (2008). La supervisión en psicoterapia. En H. Fernández, H. (Comp). *Integración y salud mental. El proyecto AIGLÉ 1977-2008* (pp. 177-199). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Fernández, L. (2013). La familia y la pareja: Retos de hoy. En Instituto de Terapia Familiar Cencalli, 2° Coloquio Las Familias Mexicanas en la Actualidad. Coloquio llevado a cabo en Ciudad de México, México. Recuperado de: <http://www.cencalli.edu.mx/memoriascoloquio.pdf>
- Finnegan, D.G. y McNally, E.B. (1989). The lonely journey: Lesbians and gay men who are co-dependent. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 121-134.
- Fleuridas, C., Nelson, T. y Rosenthal, D. (1986). The evolution of circular questionnaire: Training of therapist. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12(2), 113-127.
- Fossum, M.A. y Mason, M.J. (1989). *La vergüenza: cómo enfrentarla y resolverla*. México: Editorial Pax-México.
- Fruggeri, L. (1998). Del contexto como objeto a la contextualización como principio de método. *Cannessioni*, 3, 75-85.

- Fruggeri, L. (2001). La supervisión desde diferentes niveles de análisis: entrenamiento y práctica reflexiva. *Sistemas familiares*, 17(2), 88- 100.
- Fruggeri, L. (2012). *Diferentes normalidades: discontinuidades familiares y modelos de análisis* (en prensa).
- Galicia, M.I.X. (2004). Terapia Estratégica. En L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 81-113). México: Pax-México.
- García del Castillo, J.A. (2012). Concepto de percepción de riesgo y su repercusión en las adicciones. *Salud y Drogas*, 12, 133-151.
- Garrido, M. (1996). Género e interacción en la coterapia y el equipo reflexivo. *Revista de Psicoterapia*, 26, 87-112.-
- Gayol, G.N. y Ramos, L. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 25, 38-48.
- Gómez, E. (2008). Adolescencia y familia: revisión de la relación y la comunicación como factores de riesgo o protección. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 105-122.
- González, C. (2004). El modelo de hipnosis de Milton Erickson. En L. Eguiluz (Comp.) *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 29-45). México: Pax-México.
- Grandesso, M. (2007). El futuro de la familia y la pareja. En L. Eguiluz (Comp.). *Terapia Familiar. Su uso hoy en día* (pp. 189-219). México: Pax-México.
- codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 25, 38-48.
- Guevara, W. (2004). *La codependencia, una forma de convivir con el sufrimiento*. Recuperado de <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/consejo/boletin48/enpdf/a04.pdf>
- Haley, J. (1983). *Terapia no convencional. Las técnicas psiquiátricas de Milton H. Erickson*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Haley, J. (1989). *Estrategias en Psicoterapia*. Barcelona: Instituto Mental de la Santa Cruz.
- Haley, J. (2008). *Terapia para Resolver Problemas: nuevas estrategias para una terapia familiar eficaz*. Buenos Aires: Amorrortu.

- Hernández C. A. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Perspectivas en Psicología*, 3(2), 227-238.
- Herrero, M.N. (2003). Adolescencia, grupo de iguales, consumo de drogas y otras conductas problemáticas. *Estudios de juventud*, 62, 81-91.
- Hoffman, L. (1987). *Fundamentos de la terapia familiar. Un marco conceptual para el cambio de sistemas*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Huenchuán, S. y Saad, P. (2010). Envejecimiento y familia en América Latina: El desafío del cuidado en la edad avanzada. En Lerner, S. y Melgar, L. (Coord.). *Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)/Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México.
- INEGI (2014). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica, 2014*. Base de datos. México, INEGI.
- INEGI (2015). *Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (Tercer Trimestre)*. Base de datos. México, INEGI.
- INEGI (2015). *Resultados definitivos de la encuesta intercensal 2015*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_12_3.pdf
- INEGI (2016). *Resultados de la encuesta nacional de ocupación y empleo. Cifras durante el segundo trimestre de 2016*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2016/enoe_ie/enoe_ie2016_08.pdf
- INEGI (2015). *Estadísticas a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer (25 de noviembre)*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/violencia0.pdf>
- INEGI (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre). Datos Nacionales*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2014/adultos0.pdf>
- INEGI (2015). *Estadísticas a propósito del día mundial para la prevención del suicidio (10 de septiembre)*. Recuperado de: <http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2015/suicidio0.pdf>

- INEGI (2016). *Estadísticas a propósito del día nacional de la familia (6 marzo). Datos Nacionales*. Recuperado de: www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/familia2016_0.pdf
- INEGI (2016). *Estadísticas a propósito del 14 de febrero, matrimonios y divorcios en México. Datos Nacionales*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2016/matrimonios2016_0.pdf
- Izquierdo, M. (2002). Intoxicación alcohólica aguda. *Adicciones*, 14, 175-193.
- Lerner, S. y Melgar, L. (2010). Introducción. *Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)/Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México.
- Linares, J. L. (2003). ¿Acaba la historia en el posmodernismo? Hacia una terapia familiar ultramoderna. *Revista de Psicoterapia Relacional e Intervenciones Sociales*, 11, 31-47.
- López, P., Barreto, A., Mendoza, E. M. y del Salto, M. W. A. (2015). Bajo rendimiento académico en estudiantes y disfuncionalidad familiar. *MEDISAN*, 19(9), 1163-1166.
- López, F., Manrique, R. y Otero, S. (1990). Los sistemas observantes: conceptos, estrategias y entrenamiento en terapia familiar sistémica. *Revista de Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 10(33), 203-220.
- Loubat, M. (2005). Supervisión en Psicoterapia: una Posición Sustentada en la Experiencia Clínica. *Terapia Psicológica*, 23(2), 75-84.
- Mac Kune-Karrer, B. (2000). Peggy Papp on Two and a Half Decades of Family Therapy. *Journal of Feminist Family Therapy*, 11(2), 65-71.
- Mackinnon, L. (1983). Contrastando las terapias estratégicas y la terapia de Milán. *Family Process*, 22, 425-438.
- Madanes, C. (2001). *Terapia Familiar Estratégica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Martínez-Ferrer, B., Murgui-Pérez, S., Musitu-Ochoa, G., y M. C. Monreal-Gimeno. (2008). El rol del apoyo parental, las actitudes hacia la escuela y la autoestima en la violencia escolar en adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8, 679-692.

- Martins-D'Angelo, R.M. (2011). Codependencia y sus instrumentos de evaluación: un estudio documental. *Avaliação Psicológica*, 10, 139-150.
- Martins-D'Angelo, R.M y Menéndez, C. (2011). Depresión y/o codependencia en mujeres: Necesidad de un diagnóstico diferencial. *Barbarói*, 34, 125-145.
- Mendenhall, W. (1989). Co-dependency Definitions and Dynamics. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 3-17.
- Mendoza, F. (2009). Influencia del nivel socio-económico de una familia para el acceso a la educación al nivel medio superior. Educación Virtual: una posibilidad. *Revista Mexicana de Bachillerato a Distancia* (2). Recuperado de: <http://bdistancia.ecoesad.org.mx/?articulo=influencia-del-nivel-socio-economico-de-una-familia-para-el-acceso-a-la-educacion-al-nivel-medio-superior-educacion-virtual-una-posibilidad>
- Menkes, C. y Suárez, L. (2003). Sexualidad y embarazo adolescente en México. *Papeles de Población*, 35, 233–262'.
- Milne, D.L. y James, I.A. (2002). The observed impact of training on competence in clinical supervision. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 55-72.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1989). *Técnicas de Terapia Familiar*. Barcelona: Gedisa.
- Molinari, J. M. (2003). Psicología clínica en la posmodernidad: Perspectivas desde el construccionismo social. *Psykhé*, 12 (1), 3-15.
- Moncayo, B. (2014). *Terapia sistémica relacional y posmoderna: Un diálogo para construir nuevas miradas y generar diferencias*. (Tesis de maestría no publicada). Universidad Nacional Autónoma de México. México Distrito Federal.
- Montañés, M., Bartolomé, R., Montañés, J. y Parra, M. (2008). Influencia del contexto familiar en las conductas adolescentes. *Ensayos*, 17, 391-407.
- Mora Ríos, J. y Natera, G. (2001). Expectativas, consumo de alcohol y problemas asociados en estudiantes universitarios de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 43, 89-96.
- Mora Ríos, J., Natera, G. y Juárez, F. (2005). Expectativas relacionadas con el alcohol en la predicción del abuso en el consumo en jóvenes. *Salud Mental*, 28, 82-90.

- Noriega, G. y Ramos, L. (2002). Construcción y validación del instrumento de codependencia (ICOD) para las mujeres mexicanas. *Salud Mental*, 24, 38-48.
- O'Hanlon, H.W. y Weiner-Davis, M. (1990). *En busca de soluciones*. España: Paidós.
- Ochoa de Alda, I. (1995). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. Barcelona: Herder.
- Oliva, A. (2006). Relaciones familiares y desarrollo adolescente. *Anuario de Psicología*, 37(3), 209-233.
- Ojeda, N. (2010). Diversidad en la formación y en la disolución de las familias en México. En Lerner, S. y Melgar, L. (Coord.). *Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas*. México: Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)/Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México.
- Pastor, G. (2000). *Conducta interpersonal: ensayo de psicología social sistemática*. Salamanca: Publicaciones Universidad Pontificia.
- Pederzini, C. (2007). *Género y escolaridad en los hogares mexicanos. VII Encuentro Internacional de Estadísticas de Género para Políticas Públicas, Aguascalientes, septiembre de 2007*. Recuperado de: http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/eventos/VIgen07/doctos/6%20de%20sep/panel%204%20B/c_pederzini.ppt
- Pereda, N. (2010). Consecuencias psicológicas a largo plazo del abuso sexual infantil. *Papeles del Psicólogo*, 31(2), 191-201.
- Pereda, N., Gallardo-Pujol, D. y Jiménez, R. (2011). Trastornos de personalidad en víctimas de abuso sexual infantil. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(2), 131-139.
- Pérez, A. y Delgado, D. (2003). La codependencia en familias de consumidores y no consumidores de drogas: estado del arte y construcción de un instrumento. *Psicothema*, 15, 381-387.
- Pinto, B. (2005). Colisión, colusión y complementariedad en las relaciones conyugales. Recuperado de: <http://ucbconocimiento.ucbcba.edu.bo/index.php/raj/article/view/200/199>
- Red por los Derechos de la Infancia en México. (2010). *La Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes en México Miradas regionales: Ensayo temático de la Infancia*

Cuenta en México 2010. Recuperado de:
<http://www.derechosinfancia.org.mx/ensayoicm2010.pdf>

- Reséndiz, G. (2014). Familias: Procesos y sistemas de significado. *Psicoterapia y familias*, 27(2), 20-28.
- Rey, C.A. (2008). Prevalencia, factores de riesgo y problemáticas asociadas con la violencia en el noviazgo: una revisión de la literatura. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 26, 227-241.
- Reyome, N. D. & Ward, K. S. (2007). Self-reported history of childhood maltreatment and codependency in undergraduate nursing students. *Journal of Emotional Abuse*, 7, 37- 50.
- Rocha, B. y Piedad, V. M. (2013). Un encuentro con el modelo de Milán y su evolución. *Revista de Psicología y Ciencias del Comportamiento*, 4 (2), 76-88.
- Rodrigo, M. J., García, M., Máiquez, M.L. y Triana, B. (2005). Discrepancias entre padres e hijos adolescentes en la frecuencia percibida e intensidad emocional en los conflictos familiares. *Estudios de Psicología*, 26(1), 21-34.
- Rodríguez, A y Álvarez, L. (2006). Percepciones y comportamientos de riesgos en la vida sexual y reproductiva de los adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, 32(1), 1-9.
- Ruiz G.M. y Medina-Mora, M.E. (2014). La percepción de los adolescentes sobre el consumo de alcohol y su relación con la exposición a la oportunidad y la tentación al consumo de alcohol. *Salud Mental*, 37(1), 1-8.
- Sánchez, F., Rubio, J., Páez, D. y Blanco, A. (1998). Optimismo Ilusorio y Percepción de Riesgo. *Boletín de Psicología*, 58, 7-17.
- Sánchez-Loyo, M., Morfín, T., García de Alba, J., Quintanilla, R., Hernández, R., Contreras, E., y Cruz, J. Intento suicida en adolescentes mexicanos: Perspectiva desde el consenso cultural. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(1), 1446-1458.
- Sánchez y Gutiérrez, D. (2000). *Terapia Familiar*. México: Manual Moderno.
- Santrock, J. W. (2004). *Psicología del Desarrollo en la Adolescencia*. Madrid: McGraw-Hill.
- Saucedo, I. (2010). Familias y violencia: un hecho ineludible. En Lerner, S. y Melgar, L. (Coord.). *Familias en el siglo XXI: Realidades diversas y políticas públicas*. México:

Programa Universitario de Estudios de Género (PUEG), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)/Centro de Estudios Demográficos, Urbanos y Ambientales (CEDUA), El Colegio de México.

Secretaría Interinstitucional de la Estrategia Internacional para la Reducción de Desastres, Naciones Unidas. (2004). *Vivir con el Riesgo Informe mundial sobre iniciativas para la reducción de desastres*. Recuperado de: <http://www.eird.org/vivir-con-el-riesgo/capitulos/ch2-section3.pdf>

Selvini, M., L. Boscolo, G. Cecchin y Prata, G. (1980). Hipótesis, Neutralidad y Circularidad. Tres directrices para el buen desarrollo de la sesión. *Family Process*, 19(1), 7-19.

Souza, M. y Cruz, D. L. (2010). Salud mental y atención psiquiátrica en México. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 53(6), 17-23.

Subsecretaría de Prevención y Participación Ciudadana. (2011). *Deserción Escolar y Conductas de Riesgo en Adolescentes*. Recuperado de: <https://www.uv.mx/dgdaie/files/2013/09/Embarazo-en-Adolescentes-del-Sureste-de-Mexico-2.pdf>

Tarragona, S. M. (2006). Las terapias posmodernas: una breve introducción a la terapia colaborativa, la terapia narrativa y la terapia centrada en soluciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 511-532.

Telfener, U. (2014). La elección clínica entre indecibles e indeterminables. En Bianciardi, M. y Gálvez, F. (Comp.). *Ética y psicoterapia. Responsabilidad y condición posmoderna*. Santiago de Chile: Colección Praxis Psicológica, Universidad de Chile.

Ugazio, V. (1985). Hypothesis Making: The Milan Approach Revisited. En Campbell D. y Draper R. (Comp.). *Applications of Systemic Family Therapy. The Milan Approach*. E.U.: Grune and Stratton.

Ugazio, V. (2001). *Historias permitidas, historias prohibidas. Polaridad semántica familiar y psicopatología*. México: Paidós.

Universidad Nacional Autónoma de México. (2013). *Perfil de Egreso Terapia Familiar*. Recuperado de: <http://psicologia.posgrado.unam.mx/?p=1491>.

- Ungar. M. (2006). Practicing as a postmodern supervisor. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32(1), 59.
- Vargas, J. A. (2009). Percepción de clima social familiar y actitudes antes situaciones de agravio en la adolescencia tardía. *Interdisciplinaria*, 26(2), 289-316.
- Villaseñor-Farías, M. y Castañeda-Torres, J.D. (2003). Masculinidad, sexualidad, poder y violencia: análisis de significados en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, 45-57.
- Villatoro, J.A., Medina-Mora, M.E., Cardiel, H., Fleiz, C., Alcántar, E., Hernández, S. et al. (1999). La situación del consumo de sustancias entre estudiantes de la ciudad de México: Medición otoño de 1997. *Salud Mental*, 22, 18-30.
- Weil, K., Florenzano, R., Vitriol, V, Cruz, C., Carbajal, C., Fullerton, C. y Muñiz, C. (2004). Trauma infanto juvenil y psicopatología adulta: Un estudio empírico. *Revista Médica de Chile*, 134, 1499-1504.
- Weinstein, N.D. (1980). Unrealistic optimism about future life event. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 806-820.
- Whitfield, C. (1989). Co-dependence: Our most common addiction: Some physical, mental, emotional and spiritual perspectives. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 6, 19-36.



APÉNDICE I

Pensamiento Adolescente



La Facultad de Psicología está efectuando un estudio sobre la manera de pensar de los adolescentes. Tus respuestas serán tratadas de manera completamente **anónima y confidencial**, y serán procesadas por computadora con fines de investigación. Por favor, contesta **todas** las preguntas, aunque parezca que se repitan. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo queremos conocer **tu opinión**.

Instrucciones

Las siguientes son oraciones que describen distintas formas de pensar de los adolescentes. Para cada oración marca con una X la respuesta que mejor describa tu forma de pensar. Ejemplo:

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|----------------|------------|---------------|-------------------|--------------------------|
| Los estudios son importantes para mi vida futura. | | | X | | | |

La persona que contestó el ejemplo anterior está “de acuerdo” en que los estudios son importantes para su vida futura.

Fecha: _____

| | | |
|---|---|---|
| A1. Sexo: Mujer () Hombre () | A2. Edad: _____ | A3. Grado escolar: Preparatoria 1° () 2° () 3° () <div style="text-align: right;"> Licenciatura No () Sí () ¿Cuál? _____ No. Semestre _____ </div> |
| A4. ¿Has tenido pareja? No () Sí () A5. ¿Cuántas parejas has tenido? _____ | A6. Actualmente, ¿tienes una relación pareja? No () Sí () A7. ¿De qué tipo? Free () Novio(a) () Otro () Especifica: _____ | A8. ¿Con quién(es) vives actualmente? Puedes marcar más de una opción. Papá () Tíos () Mamá () Primos () Hermanos () Amigos () Abuelo(s) () Hijo(s) () Otros () Especifica: _____ |

| Marca con una X la opción que corresponda a tu manera de pensar. | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|----------------|------------|---------------|-------------------|--------------------------|
| 1- No me convertiré en adicto(a) porque soy inteligente. | | | | | | |
| 2- Tengo sexo sin protección para que no se enoje mi pareja. | | | | | | |
| 3- La violencia física es más grave que la psicológica. | | | | | | |
| 4- Si mi pareja me es infiel me quedo con ella para no sentirme solo (a). | | | | | | |
| 5- Los síntomas de las infecciones de transmisión sexual aparecen al día siguiente de tener el contacto sexual con la persona infectada. | | | | | | |

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|----------------|------------|---------------|-------------------|--------------------------|
| 6- Cuando bebo no se afecta la manera en que tomo decisiones. | | | | | | |
| 7- La violencia solo ocurre en países pobres. | | | | | | |
| 8- Dejo que mi pareja me hable con groserías porque no quiero quedarme solo(a). | | | | | | |
| 9- Consumo alcohol aunque me provoque problemas con mi familia. | | | | | | |
| 10- Tengo relaciones sexuales sin condón con mi pareja porque nos mantiene unidos. | | | | | | |
| 11- Las drogas no me ponen en peligro. | | | | | | |
| 12- Una persona inteligente como yo no va a tener un embarazo no deseado. | | | | | | |
| 13- Que mi pareja me haya pegado una vez no significa que lo vaya a volver a hacer. | | | | | | |
| 14- Consumir drogas significa que soy una persona de mente abierta. | | | | | | |
| 15- Si no tengo dinero para comprar condones, elijo tener relaciones sexuales aunque implique un riesgo. | | | | | | |
| 16- Aunque otros puedan contraer una infección de transmisión sexual, a mí no me va a pasar. | | | | | | |
| 17- Cuando quiero ganar un poco de valor y confianza en mí mismo(a), me bebo unas copas. | | | | | | |
| 18- Si mi pareja confía en mí no me pedirá que utilicemos condón al tener sexo. | | | | | | |
| 19- Bebo alcohol para aumentar mi rendimiento sexual. | | | | | | |
| 20- El alcohol mejora el rendimiento sexual. | | | | | | |
| 21- Si mi pareja me pega una vez es seguro que no volverá a repetirse. | | | | | | |
| 22. No tendría sexo sin usar un método anticonceptivo porque puedo embarazarme (o embarazarse a mi pareja). | | | | | | |
| 23- Critico a mi pareja porque quiero que sea una mejor persona. | | | | | | |
| 24- Mi pareja tiene derecho a gritarme si no hago lo que quiere. | | | | | | |
| 25- Es normal que los jóvenes beban. | | | | | | |
| 26- La mujer debe de hacer lo que su pareja le diga. | | | | | | |
| 27- En las fiestas bebo alcohol para formar parte del grupo. | | | | | | |
| 28- Si no bebo me siento excluido(a) y rechazado(a). | | | | | | |
| 29- Compro drogas ilegales aunque me pueda meter en problemas. | | | | | | |
| 30- Los que no beben son aburridos. | | | | | | |
| 31- Si mi pareja se arrepiente después de maltratarme es porque va a cambiar. | | | | | | |

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|---|-----------------------|----------------|------------|---------------|-------------------|--------------------------|
| 32- He llegado borracho a la escuela aunque pueda haber castigos. | | | | | | |
| 33- Aunque no tenga ganas de tener relaciones sexuales, acepto para que mi pareja no se enoje. | | | | | | |
| 34- Mi cuerpo puede controlar el efecto de las drogas. | | | | | | |
| 35- Prefiero tener sexo sin usar condón porque deja de ser espontáneo. | | | | | | |
| 36- Si me informo sobre drogas puedo controlar su efecto. | | | | | | |
| 37- En todas las fiestas debe de haber alcohol. | | | | | | |
| 38- Tomo alcohol aunque después me dé cruda. | | | | | | |
| 39- Burlarme de mis compañeros no me meterá en problemas. | | | | | | |
| 40- Sólo las mujeres que tienen relaciones sexuales con muchos hombres se embarazan sin planearlo. | | | | | | |
| 41- En los jóvenes, tomar alcohol sólo es malo cuando es en exceso. | | | | | | |
| 42- Prefiero soportar gritos de mi pareja a perderla. | | | | | | |
| 43- Fumo marihuana porque me relaja. | | | | | | |
| 44- Me gusta beber alcohol porque me ayuda a ligar con los(as) chicos(as). | | | | | | |
| 45- Las infecciones de transmisión sexual las contraen las personas con poca higiene. | | | | | | |
| 46- Mi pareja no me va a contagiar de una infección de transmisión sexual. | | | | | | |
| 47- Acepto que mis padres me humillen para mantener su apoyo económico | | | | | | |
| 48- Permito que mis padres me lastimen para conservar su cariño. | | | | | | |
| 49- Si me aseo los genitales antes y después de tener relaciones sexuales me protejo de contagiarme de una infección de transmisión sexual. | | | | | | |
| 50- Me divierto más cuando tomo alcohol. | | | | | | |
| 51- Beber alcohol mejora mi capacidad para relacionarme con otros. | | | | | | |
| 52- Fumar tabaco relaja y ayuda a manejar el estrés. | | | | | | |
| 53- Si conozco a la persona con la que voy a tener relaciones sexuales, estoy libre de contraer una infección de transmisión sexual. | | | | | | |
| 54- Si tengo una pareja estable no puede contagiarme de una infección de transmisión sexual. | | | | | | |
| 55- Prefiero tener sexo sin usar un condón porque me da más placer. | | | | | | |

| | Totalmente de acuerdo | Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo | Totalmente en desacuerdo |
|--|-----------------------|----------------|------------|---------------|-------------------|--------------------------|
| 56- Solo los hombres pueden ser alcohólicos. | | | | | | |
| 57- Consumo drogas porque aumenta mi creatividad. | | | | | | |
| 58- Si mi maestro me ridiculiza en clase lo hace para que sea un mejor alumno. | | | | | | |
| 59- Que un hombre le pegue a su mujer es signo de fortaleza. | | | | | | |
| 60- Dejo que mi pareja escoja la ropa que voy a usar para evitar peleas. | | | | | | |
| 61- Bebo alcohol para sentirme más seguro al relacionarme con los demás. | | | | | | |
| 62- Aunque no esté de acuerdo, hago lo que mis amigos digan para no perder su amistad. | | | | | | |
| 63- Expresar mi enojo a través de la violencia no me meterá en problemas. | | | | | | |
| 64- Bajo los efectos de las drogas me divierto mí. | | | | | | |
| 65- La mujer debe de aguantar lo que sea con tal de mantener su relación de pareja. | | | | | | |
| 66- No tengo que usar condón con mi pareja porque me es fiel. | | | | | | |
| 67- Mis padres me pegan porque quieren lo mejor para mí. | | | | | | |
| 68- Me gusta beber porque me ayuda a expresar mis sentimientos. | | | | | | |
| 69- Permito que mi pareja revise mi celular porque así aumenta su confianza en mí. | | | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| A9. ¿Fumas tabaco? No () Sí () A10. ¿Cuántos cigarrillos fumas a la semana? _____ | A11. ¿Tomas bebidas alcohólicas? No () Sí () A12. ¿Cuántos tragos (copas) tomas a la semana? _____ | A13. ¿Has probado alguna droga ilegal? No () Sí () A14. ¿Cuál? _____ |
| A15. ¿Actualmente consumes alguna droga ilegal? No () Sí () A16. ¿Cuál? _____ | A17. ¿Eres sexualmente activo? No () Sí () *Si la respuesta es No pasa a la pregunta A21. | A18. ¿Usas algún método anticonceptivo para cuidarte? No () Sí () A19. ¿Cuál? _____ |
| A20. ¿Usas condón en tus relaciones sexuales? No () Sí () A veces () | A21. ¿Has estado en una relación de pareja violenta? No () Sí () | A22. ¿Consideras que hay violencia en tu casa? No () Sí () |
| A23. ¿Has sido víctima de violencia en tu escuela, por parte de compañeros o maestros? No () Sí () | A24. ¿Consideras que eres agresivo con tus compañeros y/o maestros en la escuela? No () Sí () | Agradecemos tu participación. |

